

Universidade de Lisboa
Faculdade de Medicina
Instituto Politécnico de Lisboa
Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa



Determinantes de efetividade de intervenção clínica na obesidade: perspetiva de um
painel de peritos

Carla Joana dos Santos Samuel de Sousa

Volume I - Dissertação

Mestrado em Nutrição Clínica

Lisboa, 2014

Universidade de Lisboa
Faculdade de Medicina
Instituto Politécnico de Lisboa
Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa



Determinantes de efetividade de intervenção clínica na obesidade: perspetiva de um
painel de peritos

Carla Joana dos Santos Samuel de Sousa

Dissertação orientada por:

Prof.^a Doutora Maria de Fátima Reis (Orientadora) e

Mestre Osvaldo Santos (Coorientador)

Mestrado em Nutrição Clínica

Lisboa, 2014

Agradecimentos

Em primeiro lugar gostaria de agradecer aos responsáveis pelo Observatório Nacional da Obesidade e do Controlo do Peso, pela cedência dos dados e pela oportunidade de realização deste projeto.

Um especial agradecimento também a todos os participantes nos fóruns sobre determinantes de efetividade na luta contra a obesidade, por terem dedicado um pouco do seu tempo e ter dado o seu precioso contributo a este projeto.

Agradeço também à minha orientadora e “Chefe”, Prof.^a Doutora M. Fátima Reis, pelo incentivo na realização deste trabalho, por todos os ensinamentos nestes últimos anos e pela paciência na correção deste trabalho. Ao Mestre Osvaldo Santos, coorientador, agradeço toda a orientação, revisão da escrita e apoio ao longo da elaboração deste projeto, mesmo estando envolvido em mais mil e uma coisas em simultâneo.

Ao Mestre José Camolas agradeço por ter realizado connosco a análise de conteúdo dos *corpus* dos fóruns e a definição dos itens para Delphi. Agradeço à Dr.^a Patrícia Rama pela amizade e por ter transcrito todo o conteúdo áudio dos fóruns. À Dr.^a Tânia Fernandes agradeço por se ter disponibilizado em ajudar na reta final deste trabalho.

Gostaria de agradecer também a algumas pessoas que marcaram a minha aprendizagem, que contribuíram para a minha formação, não só académica, como também pessoal: agradeço aos meus professores do secundário, destacando a Professora Ilda Moreira.

Agradeço a todos os meus amigos (do secundário, do teatro, da faculdade, do trabalho), juntamente com um grande pedido de desculpa, por muitas vezes, por falta de tempo, os deixar para segundo plano. Espero poder recuperar todos os momentos perdidos!

À minha família (irmãos e sobrinhos) um especial agradecimento por todo o apoio e a compreensão por estar sempre ocupada... A todos muito obrigada! Agradeço também ao meu pai, que apesar das circunstâncias da vida, acredita em mim, mais do que eu!

Em destaque, agradeço às duas pessoas mais importantes da minha vida: à minha mãe – pelo apoio incondicional e sem o qual não teria conseguido fazer nada do que fiz até hoje, pela ajuda em todas as coisas, pela paciência e também por acreditar em mim (embora de uma forma irrealista!!) – e ao meu noivo, por ser não só meu namorado como o meu melhor amigo! Por me apoiar e dar força em todos os momentos! Por ter paciência para as minhas crises e ter sempre uma palavra amiga a dizer. Sem vocês nada disto teria sido possível, nem a vida faria sentido! Muito Obrigada!

Resumo

Introdução: A obesidade é uma das doenças mais prevalentes no mundo, aumenta o risco de morte prematura, diminui a qualidade de vida e traduz-se em elevados custos sociais e económicos. A inexistência de estratégias preventivas e terapêuticas efetivas a longo prazo para todos os tipos de obesidade e a ausência de critérios baseados em evidência para a escolha da melhor abordagem clínica justificam a elaboração de um documento de consenso, a definir por peritos na área, que desempenhe o papel de referência de boas práticas, a nível nacional, para o tratamento da obesidade em crianças, adultos e séniores. O trabalho de investigação apresentado nesta dissertação insere-se numa etapa intermédia do projeto *Determinantes de Efetividade na Luta Contra a Obesidade (DELCO)*, promovido pelo Observatório Nacional da Obesidade e do Controlo do Peso (ONOCOP), tendo como principal finalidade contribuir para aprofundar o conhecimento na área do tratamento da obesidade.

Objetivos: Foram definidos dois objetivos: (1) identificar e descrever as perspetivas de peritos quanto a determinantes de efetividade terapêutica e quanto a estratégias efetivas para o tratamento da obesidade em Portugal. Este objetivo beneficia de um trabalho prévio de recolha de dados qualitativos através da organização, pelo ONOCOP, de três fóruns no âmbito do projeto DELCO. (2) definir *guidelines* de operacionalização da componente quantitativa de um painel Delphi para construção de consenso quanto a estratégias terapêuticas efetivas da obesidade.

Métodos: Para responder ao primeiro objetivo, foi seguida uma abordagem qualitativa observacional, tratando-se de uma análise dos conteúdos gravados em áudio de três fóruns com peritos, acerca de prioridades de tratamento da obesidade em jovens, adultos e idosos. Recorreu-se ao método de codificação aberta linha-a-linha de Charmaz, para identificação de categorias e dimensões que, no caso, correspondem a propostas concretas de estratégias terapêuticas para a obesidade. Para o segundo objetivo, optou-se por uma análise documental operacionalizada por revisão sistemática de literatura sobre o uso do método Delphi para construção de consensos sobre obesidade, de acordo com *guidelines* PRISMA. As bases de dados consultadas foram PUBMED, EBSCO e RCAAP, tendo sido definidos os seguintes critérios de pesquisa e seleção de artigos (não foram considerados produtos de literatura cinzenta como relatórios, teses, etc.):

período temporal de 01/07/2008 a 01/07/2014 e as palavras chave (com equivalentes em português) “Overweight”, “Obesity”, “Nutritional Intervention”, “Clinical Intervention”, “Weight control”, “Body weight”, “BMI”; “Food”, “Physical Activity”, “Diabetes”, “Nutrition” e “Diet”, associados à palavra “Delphi”, tendo sido selecionados apenas aqueles que aplicavam Delphi em áreas relacionada com obesidade.

Resultados e discussão: Ao todo, nos três fóruns do projeto DELCO, participaram 96 peritos. A análise de conteúdo do conjunto de texto produzido nesses fóruns (i.e., o *corpus*) resultou em sete dimensões (integrando um total de 113 categorias): Postura terapêutica, Avaliação Inicial / Monitorização Terapêutica, Educação para a saúde em contexto de obesidade, Organização dos serviços/cuidados de saúde, Abordagem nutricional, Promoção da atividade física, Abordagem médica/cirúrgica. A dimensão com mais propostas (i.e., categorias) de intervenção terapêutica foi a de *organização dos serviços*. Já a dimensão *intervenção nutricional* foi das que inclui menos propostas concretas, espelhando incertezas (e défice de evidência) quanto às formas mais efetivas de tratar obesidade através da alteração de comportamentos alimentares. O conjunto total de categorias (propostas de intervenção) representa um dos produtos desta dissertação. Na próxima etapa do projeto DELCO (já fora do âmbito desta dissertação), estas categorias constituirão os itens que serão sujeitos a apreciação de peritos, para construção de consenso quanto ao que importa investir na obesidade, em termos de intervenção clínica. Relativamente à RSL, de um total inicial de 758 artigos, foram selecionados para análise detalhada 21 artigos publicados. Foi verificada grande heterogeneidade de critérios de aplicação do método Delphi, embora haja predominância de alguns aspetos como: amostragem não probabilística de peritos, duas a três rondas Delphi, concordância definida como média de respostas igual ou superior a 3,5 em escalas de cinco pontos, ou percentagem de concordância (indicação de “concordo”) superior a 80%. Os critérios mais utilizados foram considerados como referência para o segundo produto desta dissertação: a definição de *guidelines* para a operacionalização da componente quantitativa do método Delphi, visando a construção de consenso sobre tratamento da obesidade.

Palavras-chave: Obesidade; Efetividade terapêutica; Revisão sistemática de literatura; Delphi; Consenso.

Abstract

Introduction: Obesity is one of the most prevalent diseases in the world. It increases the risk of premature death, decreases quality of life and implies high social and economic costs. The lack of effective long-term preventive and therapeutic strategies for all kinds of obesity and the lack of evidence-based criteria for choosing the best clinical approach justify the development of a consensus document, defined by experts, that would play a role of reference-guide of best practices at national level, for the treatment of obesity in children, adults and seniors. The research presented in this dissertation represents a middle stage of the project Determinants of Effectiveness in the Fight Against Obesity (DELCO), sponsored by the National Centre for Obesity and Weight Management (ONOCOP), and having as main purpose to contribute to foster knowledge in the area of obesity treatment.

Objectives: two objectives were defined: (1) to identify and describe the perspectives of experts about both the determinants of therapeutic effectiveness and the effective strategies for the treatment of obesity in Portugal. This objective benefits from a previous job of qualitative data collection in three forums under DELCO. (2) to establish concrete guidelines for the implementation of the quantitative component of a Delphi panel, targeting consensus on effective therapeutic strategies for obesity.

Methods: To accomplish the first objective, an observational qualitative approach was followed. This consisted in the content analysis of data that were recorded in the three forums with experts about obesity treatment priorities in youth, adults and seniors. We used the Charmaz method of line-by-line open coding, to identify categories and dimensions, which in this case are concrete proposals for therapeutic strategies for obesity. For the second objective, a documental analysis was done, through a systematic review of the literature regarding the use of the Delphi method for building up consensus about obesity, according to PRISMA guidelines. The databases consulted were PubMed, EBSCO and RCAAP. The following search criteria and selection for the articles (not including gray literature, such as reports, theses, etc.) have been defined: temporal period from 01/07/2008 to 01/07/2014 and the keywords (with their Portuguese equivalent terms) "Overweight", "Obesity", "Nutritional Intervention", "Clinical Intervention", "Weight control", "Body weight", "BMI", "Food", "Physical Activity", "Diabetes ", "Nutrition" and "Diet", associated with the word "Delphi ". Only

those that applied Delphi in obesity related-areas were selected.

Results and discussion: 96 experts participated in all three forums of the DELCO project. Content analysis of the text produced in these forums (*corpus*) resulted in seven dimensions (incorporating a total of 113 categories): Therapeutic posture, Initial evaluation / Monitoring Therapy, Health education in the context of obesity, Organization of health services/care, Nutritional Approach, Promotion of physical activity and medical / surgical assessment approach. The dimension with more proposals (ie, categories) was the organization of services. In contrast, the nutritional intervention is among those including less concrete proposals, reflecting uncertainty (and lack of evidence) about the most effective ways to treat obesity by changing eating behaviors. This set of categories is one of the main products of this dissertation. In the next stage of project DELCO (already outside the scope of this thesis), these categories will constitute the items that shall pass through the assessment of experts in order to build a consensus that will determine where the investment should be applied for enhancing effective clinical intervention in obesity. Regarding the RSL, from an initial total of 758 published articles, 21 articles were selected for detailed analysis. Great heterogeneity of criteria for the application of Delphi method was verified, although there is a predominance of aspects such as: non-probabilistic sample of experts, two to three Delphi rounds, agreement set in terms of mean of responses less than 3.5 on five-point scales, or percentage of agreement (indicating "agree") exceeding 80%. Most used criteria will be used as guidelines for the operationalization of the quantitative component of the Delphi method to build consensus on the treatment of obesity, being these guidelines a second product of this dissertation.

Keywords

Obesity; Therapeutic effectiveness; Systematic literature review; Delphi; Consensus.

Índice

Agradecimentos.....	III
Resumo	IV
Palavras-chave	V
Abstract	VI
Keywords.....	VII
Índice	VIII
Índice de Apêndices e Anexos.....	X
Índice de Tabelas e Figuras	XI
Lista de abreviaturas	XII
1. Introdução	1
1.1. Justificação do projeto	1
1.2. Estrutura da dissertação	2
1.3. Revisão bibliográfica sobre obesidade e métodos de consenso	3
1.3.1. Conceito de obesidade.....	3
1.3.2. Aspetos etiológicos da obesidade	5
1.3.3. Epidemiologia da obesidade	6
1.3.4. Comorbilidades da obesidade	7
1.3.5. Custos económicos associados à obesidade	10
1.3.6. Prevenção da obesidade	11
1.3.7 Abordagens terapêuticas para a obesidade	11
1.3.7.1. Intervenção psicológica / comportamental no tratamento da obesidade	13
1.3.7.2. Promoção de dispêndio energético	14
1.3.7.3. Intervenção médica em obesidade	15
1.3.7.4. Intervenção nutricional para tratamento da obesidade	17
1.3.7.4.1. Fatores a considerar	17
1.3.7.4.2. Tipos de dietas	18
1.3.7.5 Métodos de construção de consenso.....	24
1.3.7.5.1. Grupos nominais	25
1.3.7.5.2. Conferência de consenso	25
1.3.7.5.3. Método Delphi.....	26

1.4. Enquadramento do projeto DEICO	27
2. Objetivos.....	30
3. Métodos	31
3.1. Desenho da investigação.....	31
3.2. Amostras e amostragem.....	32
3.3. Recolha de dados.....	33
3.3.1. Por meio de fóruns	33
3.3.2. Por revisão sistemática de literatura.....	34
3.4. Análise de dados.....	34
3.4.1. Análise de conteúdo	34
3.4.2. Revisão sistemática de literatura.....	35
3.5. Aspectos éticos.....	35
4. Resultados.....	37
4.1. Tratamento da obesidade: que prioridades?.....	38
4.1.1. Definição de itens para formulário Delphi	59
4.2. Construção de <i>guidelines</i> de construção de consenso através de painéis Delphi – Revisão Sistemática de Literatura.....	65
4.2.1. Guidelines para operacionalização da componente quantitativa do método Delphi, na construção de consenso sobre tratamento da obesidade	75
5. Discussão	80
5.1. À procura de estratégias efetivas de tratamento da obesidade.....	80
5.2. À procura de guidelines para operacionalização da componente quantitativa do método Delphi para construção de consensos em áreas relacionadas com obesidade	86
6. Conclusões	93
8. Referências	96

Índice de Apêndices e Anexos

9. Apêndices.....	109
Apêndice I – Dimensões e categorias* de prioridades no tratamento da obesidade – Análise de conteúdo dos fóruns do ONOCOP.....	110
Apêndice II – Lista de referências dos artigos selecionados na revisão sistemática de literatura.....	129
Apêndice III - Tabela de contagens resumo dos dados dos artigos da RSL.....	132
10. Anexos.....	134
Anexo I - Manual de normas de transcrição	135
Anexo II – Corpus do Painel de Discussão “Obesidade infantil em Portugal que prioridades de intervenção?”	139
Anexo III – Corpus do Painel de Discussão “Obesidade no adulto em Portugal que prioridades de intervenção?”	220
Anexo IV – Corpus do Painel de Discussão “Obesidade no idoso em Portugal que prioridades de intervenção?	298

Índice de Tabelas e Figuras

Tabela 1 – Classificação da obesidade em adultos

Tabela 2 – Risco de complicações associadas à obesidade, consoante o perímetro da cintura

Tabela 3 – Grupos profissionais participantes nos fóruns realizados no âmbito do projeto DELCO

Tabela 4 – Entidades/organizações participantes nos fóruns realizados no âmbito do projeto DELCO

Tabela 5 – Dimensões de análise criadas com base na análise de conteúdos dos fóruns

Tabela 6 – Itens para consenso: Postura terapêutica

Tabela 7 – Itens para consenso: Avaliação inicial/Monitorização terapêutica

Tabela 8 – Itens para consenso: Educação para a saúde em contexto de obesidade

Tabela 9 – Itens para consenso: Organização dos serviços/ cuidados

Tabela 10 – Itens para consenso: Organização dos serviços de saúde

Tabela 11 – Itens para consenso: Abordagem nutricional

Tabela 12 – Itens para consenso: Promoção da atividade física

Tabela 13 – Itens para consenso: Abordagem médico-cirúrgica

Tabela 14 – Tabela de extração de dados dos artigos selecionados na RSL

Figura 1 – Visão global e articulação entre projeto DELCO e DEICO

Figura 2 – Diagrama de seleção de artigos identificados na RSL

Figura 3 – Distribuição dos artigos selecionados por ano de publicação

Figura 4 – Média anual de fator de impacto dos artigos analisados na RSL

Figura 5 – Distribuição das áreas de estudo dos artigos analisados na RSL

Figura 6 – Número de rondas utilizadas no método Delphi

Figura 7 – Número de convidados e de peritos, por ronda, nos artigos com duas rondas

Figura 8 – Número de convidados e de peritos, por ronda, nos artigos com três rondas.

Lista de abreviaturas

AF – Atividade Física

DBVC - Dieta de Baixo Valor Calórico

DCV - Doenças cardiovasculares

DELCO - Determinantes de Efetividade na Luta Contra a Obesidade

DMBVC - Dietas de Muito Baixo Valor Calórico

DNT - doenças não transmissíveis

DRI - *Dietary Reference Intake*

HDL - *High-Density-Lipoproteins* (lipoproteínas de alta densidade)

HTA - hipertensão arterial

IASO/IOTF - *International Obesity Taskforce*

IMC - Índice de Massa Corporal

LDL - *Low-Density-Lipoproteins* (lipoproteínas de baixa densidade)

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONOCOP - Observatório Nacional da Obesidade e do Controlo do Peso

PC – Perímetro da Cintura

QV - Qualidade de vida

RSL – Revisão Sistemática de Literatura

1. Introdução

1.1. Justificação do projeto

A obesidade é um desafio prioritário de saúde pública (1), sendo considerada, nos países desenvolvidos, uma doença endémica associada a morbilidade, mortalidade e sérias implicações económicas e psicossociais (2–5). Apesar de todos os esforços e recursos investidos em prevenção e tratamento, a prevalência da obesidade na Europa tem aumentado de forma relevante (6). Em Portugal, mais de metade da população adulta tem pré-obesidade ou obesidade e os estudos epidemiológicos apontam para o agravamento deste indicador de saúde nas próximas gerações (7). Por tudo isto, reverter esta tendência é uma tarefa prioritária de Saúde Pública (6), sendo fundamental a aplicação não só de ações efetivas de prevenção, como também a otimização de intervenções terapêuticas igualmente efetivas, uma vez que é incontestável a necessidade de agir com eficácia no tratamento de crianças, adultos e idosos que já apresentam excesso de peso ou obesidade. A exemplo do que se tem passado com outros desafios de saúde pública, nomeadamente o do tabagismo (mais propriamente, a cessação tabágica), o do HIV/SIDA, ou o da prevenção e segurança no trabalho, que têm sido abordados com sucesso através de intervenções interdisciplinares/multiprofissionais (8), a inexistência de estratégias preventivas e terapêuticas efetivas (4) em relação à obesidade e a ausência de critérios baseados em evidência para a adoção da melhor abordagem clínica ou de saúde pública justificam, no atual cenário epidemiológico, o esforço de elaboração de um documento de consenso, definido por um grupo alargado de peritos, que desempenhe o papel de referência para o tratamento da obesidade em crianças, adultos e séniores. Seguindo alguns dos exemplos citados (9–11), é possível, e seria heurístico, estabelecer prioridades com base no conhecimento e experiência cumulativa de peritos quanto à melhor evidência científica disponível para uma mudança na abordagem clínica da obesidade. Tal documento contribuiria, de forma estratégica, para o delineamento de políticas de prevenção e tratamento em obesidade (12) e, por ser consensual entre pares e elaborado mediante o envolvimento de instituições de reconhecido mérito, seria certamente promotor de colaboração e articulação entre grupos terapêuticos e/ou de investigação, promovendo otimização de recursos a nível nacional (13).

A criação de consenso pode ser obtida de formas diversas, sendo que o recurso a painéis Delphi constitui um dos métodos mais amplamente utilizados na área da saúde (14). Trata-se de um processo estruturado através de rondas de apreciação que iterativamente visam o consenso do grupo quanto à melhor forma de definir, priorizar ou resolver um determinado problema (15). Já foi utilizado para a definição de prioridades em vários contextos de doença crónica, incluindo oncologia (13), doença cardiovascular (DCV) (16) e outras áreas complexas e desafiadoras da saúde pública, como no caso, já referido, da cessação tabágica (17).

Com o intuito de construir um documento de consenso relativo à obesidade, o Observatório Nacional da Obesidade e do Controlo do Peso (ONOCOP) iniciou, em Novembro de 2010, o projeto *Determinantes de Efetividade na Luta Contra a Obesidade* (DELCO), no qual se insere o projeto de investigação apresentado nesta dissertação, intitulado “Determinantes de efetividade de intervenção clínica na obesidade” e de acrónimo DEICO.

1.2. Estrutura da dissertação

O texto da dissertação foi estruturado como é habitual na investigação em saúde, envolvendo, por isso, em primeiro lugar, uma revisão bibliográfica, que se inicia pela apresentação do conceito clínico de obesidade e abordando também aspetos relevantes para a compreensão da abrangência e relevância desta temática, nomeadamente o que respeita a fatores etiológicos, gravidade da patologia em termos das suas possíveis consequências para a saúde e comorbilidades mais prevalentes, sendo ainda apresentada, de forma abreviada, uma análise dos custos económicos da obesidade em Portugal. Apesar de o projeto se focar essencialmente no tratamento da obesidade, não descarta a importância da prevenção primária e secundária desta patologia e, nesse sentido, abordam-se também, de forma abreviada, alguns princípios relevantes para esse esforço. Ainda na perspetiva terapêutica, fez-se uma síntese das formas de tratamento mais habituais e que são relativamente consensuais.

Tendo em conta que a investigação incide sobre a definição de um método de construção de consenso relativo às estratégias prioritárias de intervenção clínica em obesidade, a revisão bibliográfica inclui também uma reflexão sobre os principais

métodos de consenso, com especial destaque para os aspetos que importa ter em atenção aquando da utilização de painéis Delphi.

São depois apresentados os objetivos e os métodos utilizados na investigação, a que se segue a apresentação dos resultados organizados em duas partes distintas: a primeira inclui os resultados da análise dos conteúdos relativos ao tratamento da obesidade e obtidos nos três fóruns realizados pelo ONOCOP no âmbito do projeto DELCO; a segunda apresenta os resultados obtidos pela revisão sistemática de literatura (RSL) a partir de artigos relativos a estudos empíricos que utilizaram o método Delphi em áreas relacionadas com obesidade e controlo de peso (entre 01/07/2008 e 01/07/2014), terminando com uma descrição sucinta de uma proposta do *guidelines* para operacionalização (já fora do âmbito desta dissertação) do método Delphi, visando a construção de um documento de consenso quanto às estratégias prioritárias de intervenção clínica em obesidade, fim último do projeto DELCO e, por inerência, também do projeto DEICO.

A discussão destes dois conjuntos de resultados segue a mesma estrutura da respetiva apresentação e antecede as principais conclusões de todo o projeto. Em apêndice, são apresentadas a grelha com todas as dimensões e categorias criadas na análise de conteúdo, a lista de referências dos artigos seleccionados para a RSL e a grelha de contagens da informação recolhida dos artigos seleccionados na RSL, com o detalhe que se justifica. Em Anexo, são apresentados o manual de transcrição do áudio dos fóruns e os *corpus* (i.e., base de dados qualitativa) que resultou das transcrições dos três fóruns do ONOCOP realizados no âmbito do Projeto DELCO.

1.3. Revisão bibliográfica sobre obesidade e métodos de consenso

1.3.1. Conceito de obesidade

A obesidade é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma condição de excesso de acumulação de gordura no tecido adiposo, num grau que pode afetar negativamente a saúde (2). Trata-se de uma doença crónica, cuja prevalência é habitualmente determinada recorrendo à determinação do Índice de Massa Corporal (IMC) - razão simples entre o peso (em quilogramas) e o quadrado da altura (em metros) (18).

Através de vários estudos epidemiológicos, foi possível definir intervalos de IMC, com base no risco de morbilidade e de mortalidade (Tabela 1). Assim, nos adultos, considera-se a existência de obesidade quando o IMC é $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ e de pré-obesidade quando o IMC está entre $25,0$ e $29,9 \text{ kg/m}^2$ (2). Já nos idosos (geralmente considerados como indivíduos com idade superior a 64 anos), alguns autores consideram *cut-offs* de IMC ligeiramente diferentes, devido às alterações fisiológicas próprias do envelhecimento (nomeadamente, perda de massa muscular e óssea), como por exemplo a proposta de Lipschitz e que define, para baixo peso, $\text{IMC} < 22 \text{ kg/m}^2$; eutrofia, IMC entre 22 e 27 kg/m^2 ; e excesso de peso, $\text{IMC} > 27 \text{ kg/m}^2$ (19).

Tabela 1. Classificação da obesidade em adultos

	IMC (Kg/m ²)	Risco de comorbilidade
Baixo peso	$< 18,50$	Baixo (para DCV, embora aumentado para outros problemas clínicos)
Peso normal	$18,50-24,99$	Média
Excesso de peso	$\geq 25,00$	
Pré-obesidade	$25,00-29,99$	Aumentado
Obesidade grau I	$30,00-34,99$	Moderado
Obesidade grau II	$35,00-39,99$	Grave
Obesidade grau III	$\geq 40,0$	Muito grave

Adaptado de WHO/NUT/NCD, Consultation on Obesity. 2000, World Health Organization: Geneva

Relativamente às idades infanto-juvenis, a obesidade tem sido classificada em função de curvas de percentil de peso e altura, para a idade e sexo, sendo que as mais utilizadas são as do International National Center for Health Statistics (NCHS/1977) (20), do International Centers for Disease Control and Prevention (CDC/2000) (21) e da World Health Organization (WHO/2006) (22,23). Em Portugal, a partir de 2013, adotaram-se as curvas da OMS, em substituição das curvas de percentil do CDC. As curvas da Organização Mundial da Saúde são mais sensíveis na identificação de crianças e adolescentes com obesidade (24). De acordo com estas curvas, define-se a pré-obesidade por um percentil de IMC (para sexo e idade da criança ou adolescente) entre 85 e 97, e obesidade por um percentil de IMC superior a 97 (22,23).

Além da variabilidade de critérios de definição de estado ponderal entre faixas etárias, é necessário ter em conta que o IMC e a sua interpretação de risco para a saúde deve ser feita tendo também em conta aspetos como etnia, género, comorbilidade e a própria distribuição da massa gorda. Relativamente a este último, definem-se dois tipos principais: obesidade ginóide (na qual a gordura se distribui sobretudo nas regiões glúteas e coxas, mais frequente no género feminino) e a obesidade andróide, mais frequente nos homens, em que a gordura se acumula sobretudo no abdómen, estando associada a maior risco cardiovascular (25,26). Neste sentido, é frequente utilizar a medição do perímetro da cintura (Tabela 2) como forma de avaliação da gordura visceral e, portanto, de risco cardiovascular (27).

Tabela 2. Risco de complicações associadas à obesidade, consoante o perímetro da cintura e sexo (adultos caucasianos)

	Risco	
	Aumentado	Muito aumentado
Homem	≥ 94 cm	≥ 102 cm
Mulher	≥ 80 cm	≥ 88 cm

Adaptado de Lean, M., *Pathophysiology of obesity. Proceedings of the Nutrition Society*, 2000. 59(03): p. 331-336.

1.3.2. Aspetos etiológicos da obesidade

A etiologia da obesidade é multifatorial e complexa, existindo fatores de risco de múltiplos contextos – genético, ambiente uterino, bioquímico, comportamento individual, determinantes sociais, económicos, etc. – que interagem e contribuem para que a obesidade ainda seja em muito incompreendida (28,29). No entanto, sabe-se que o ambiente social, sobretudo a partir da segunda metade do século XX, é tendencialmente obesogénico, promovendo excesso de aporte calórico e sedentarismo, donde resulta um desequilíbrio homeostático (29), que certamente estará na base do aumento da prevalência da obesidade e do excesso de peso desta doença.

Em termos fisiológicos, a principal causa da obesidade é um desequilíbrio energético entre as calorias consumidas e as calorias gastas, resultante do aumento da ingestão de

alimentos hipercalóricos (nomeadamente por serem ricos em gordura e/ou açúcar), e de inatividade física, devido à natureza cada vez mais sedentária das atividades laborais, meios de transporte, crescente urbanização, entre outros aspetos ambientais (30). Estas mudanças de padrões alimentares e de atividade física são frequentemente resultado de mudanças ambientais e sociais, associadas ao défice de políticas protetoras da saúde, em setores como saúde, agricultura, transporte, planeamento urbano, meio ambiente, desporto, indústria alimentar, ou educação (30). Numa perspetiva mais positiva, estes ambientes são suscetíveis de serem novamente alterados, no sentido mais salutogénico. Para tal, importa identificar fatores modificáveis sobre os quais se deve atuar.

1.3.3. Epidemiologia da obesidade

Os resultados de um estudo (31) que analisou dados de mais de 200 países entre 1980 e 2008 sugerem uma prevalência progressivamente aumentada de obesidade em todas as regiões do mundo, inclusive na maioria dos países de baixa e média condição económica, sendo mais acentuadas as subidas em países com maior rendimento económico. No período abrangido pelo estudo, a média global do IMC aumentou em cerca de 0,5 kg/m² por década, tanto nos homens como nas mulheres. Mesmo nos (poucos) países em que se tem verificado desaceleração do aumento da prevalência da obesidade, as taxas de obesidade continuam a ser historicamente altas (31).

Atualmente, o excesso de peso é um dos principais problemas de saúde pública da região europeia, tendo atingido proporções epidémicas (1). Os dados mais recentes da *International Obesity Taskforce* (IASO/IOTF) (32) concluíram que, a nível mundial, cerca de mil milhões de adultos estão acima do peso recomendado e 475 milhões são obesos. Relativamente às crianças, as estimativas IASO / IOTF indicavam, em 2010, que cerca de 43 milhões de crianças menores de 5 anos e 200 milhões de crianças em idade escolar estavam acima do peso recomendado, sendo que, destas, 50 milhões estavam obesas (32,33). Nos 27 Estados-Membros da União Europeia, cerca de 60% dos adultos e mais de 20% das crianças em idade escolar estão acima do peso ou estão obesos. Isso equivale a cerca de 260 milhões de adultos e mais de 12 milhões de crianças acima do peso recomendado (32). Em resumo, a obesidade entre crianças, adolescentes, adultos e idosos é, neste momento, um problema de saúde de resolução

urgente: aproximadamente 65% da população mundial vive em países onde a obesidade mata mais pessoas do que a desnutrição (33).

Em Portugal, até ao momento, foram feitos três estudos de prevalência da obesidade no adulto: um com recolha de dados entre 1993-1995, outro em 2003-2004 (7,34) e outro em 2008-2009 (35), evidenciando aumento da prevalência de excesso de peso em ambos os géneros e aumento da prevalência de obesidade nos homens. De acordo com os dados mais recentes a prevalência de pré-obesidade é de 46,7% em homens e 38,1% em mulheres acima dos 18 anos de idade. Os autores apontam também para 19,9% dos homens e 19,8% das mulheres com obesidade. Ainda no mesmo estudo, foi encontrada uma prevalência de 52,9% de pré-obesidade e de 21,8% de obesidade, em indivíduos com mais de 65 anos.

Relativamente à prevalência de excesso de peso em crianças, um estudo de Padez e colaboradores (2004), revelou que 31,5% das crianças entre os 7 e os 9 anos de idade sofre de excesso de peso, fazendo com que Portugal ocupe a segunda posição na lista de prevalência de obesidade infantil na Europa (36). Outro estudo, também de âmbito nacional, com uma amostra de 22.048 crianças e adolescentes portugueses (entre os 10 e os 18 anos), revelou que a prevalência de pré-obesidade e obesidade em 2010 eram, respetivamente, de 17% e 4,6% nas raparigas e de 17,7% e 5,8% nos rapazes (37).

Quanto à população idosa, um estudo do Observatório Nacional da Atividade Física e do Desporto, com uma amostra de 4.712 idosos (3.121 mulheres e 1.591 homens) entre os 65 e os 103 anos (média 74,9) revelou a presença de 75% de excesso de peso (46,3% excesso de peso e 28,7% de obesidade), sendo o IMC médio de 27,9.

1.3.4. Comorbilidades da obesidade

Diversos estudos epidemiológicos têm evidenciado a associação da obesidade com o aumento do risco de morbilidade, incapacidade e mortalidade (38). Tem sido demonstrado que a obesidade é a segunda causa de morte evitável, logo depois do tabagismo (39), estimando-se ser responsável por cerca de 2,8 milhões de mortes por ano (40) e um importante contributo para o aumento da incapacidade e do agravamento da qualidade de vida (QV) (41). Um IMC elevado é um fator de risco para outras

doenças não transmissíveis (DNT), sendo o risco, para a maioria dessas doenças, diretamente proporcional ao aumento do IMC (40).

São as seguintes as morbilidades mais frequentemente associadas à obesidade:

Síndrome metabólica (SM). Trata-se de um conjunto de fatores de risco cardiovasculares de origem metabólica, que inclui, para além da obesidade abdominal, a deslipidémia aterogénica (hipertrigliceridémia e/ou redução dos níveis de colesterol-HDL), elevação da tensão arterial e anomalias do metabolismo glícídico (pré-diabetes e diabetes mellitus), estando estas patologias associadas a um estado pró-trombótico e pró-inflamatório (42). Esta síndrome tem evolução progressiva, com agregação de outros fatores de risco cardiovascular e respetivo agravamento (43).

Doenças cardiovasculares (DCV) (principalmente hipertensão arterial, doenças cardíacas e acidente vascular cerebral). Nos países da Comunidade Europeia, as DCV são a principal causa de morte na população com mais de 50 anos (44). A prevalência das DCV tem aumentado a nível global, sendo anualmente responsáveis pela morte de 18 milhões de indivíduos (45). A obesidade abdominal é o maior fator de risco para estas doenças. Verifica-se que a hipertensão arterial (HTA) é mais prevalente entre os obesos e sabe-se que a HTA, além de ser a mais frequente DCV, é também um importante fator de risco para outras DCV(44). Diversos estudos verificaram que o aumento de uma unidade de IMC aumenta o risco de acidente vascular cerebral isquémico em 4% e de acidente vascular cerebral hemorrágico em 6%. O excesso de peso pode acelerar a evolução e favorecer a insuficiência venosa periférica, com aumento do risco de tromboembolismo venoso e pulmonar (46).

Diabetes. A diabetes é uma doença caracterizada por alterações endocrinológicas e metabólicas que conduzem a uma situação de hiperglicemia crónica. A diabetes mellitus tipo 2 está intimamente relacionada com o excesso de peso, sendo a obesidade considerada o fator de risco mais importante para o desenvolvimento desta doença, quando analisado isoladamente (47). O risco de desenvolver diabetes de tipo 2 é três vezes maior nos indivíduos obesos, comparativamente com os indivíduos que apresentam peso normal (48). A existência de diabetes aumenta ainda mais o risco de complicações vasculares. (49).

Lesões osteoarticulares. O peso excessivo leva a uma pressão adicional e a danos prematuros no aparelho osteoarticular, com especial incidência na coluna, ancas, joelhos e tornozelos (50). A osteoartrite é a doença mais comum a atingir os obesos, sendo caracterizada pela inflamação e posterior destruição da cartilagem das articulações ou pela formação de protuberâncias ósseas. O resultado é a dor crónica nas articulações afetadas, inchaço e rigidez articular, com redução de QV (50). A perda de peso contribui para o alívio dos sintomas, por reduzirem a pressão e o desgaste das articulações.

Doença hepática. Os fenómenos bioquímicos que desregulam o metabolismo dos hidratos de carbono e dos lípidos nos obesos podem levar à acumulação de gordura no fígado, levando a esteatose hepática, patologia designada por “*fígado gordo não alcoólico*” (NAFLD, de *nonalcoholic fatty liver disease*), que pode conduzir à morte por evolução para cirrose, insuficiência hepática e/ou carcinoma hepatocelular (29).

Distúrbios reprodutivos. A obesidade diminui a taxa de sucesso tanto de gravidezes naturais como de gravidezes assistidas. A investigação tem evidenciado a associação entre a perda de peso e o aumento da fertilidade. Os mecanismos pelos quais a obesidade diminui a fertilidade são complexos e multifatoriais. Além de uma diminuição da taxa de ovulação, a obesidade também está associada ao aumento da taxa de abortos. Outro fator importante é o facto de as mulheres grávidas obesas terem um risco muito maior de complicações durante a gravidez do que as mulheres com peso normal (51).

Problemas respiratórios / apneia do sono. Por um lado, a obesidade pode provocar perturbações do sono devido ao excesso de massa gorda; por outro lado, a limitação do tempo de sono pode ser um fator na complexa etiopatologia da obesidade. A maioria dos obesos tem síndrome de insuficiência respiratória, com diminuição da capacidade funcional respiratória, do volume de reserva expiratório, da capacidade vital e da capacidade pulmonar total. O aumento da gordura no pescoço (que rodeia as vias aéreas superiores, e provoca resistência), assim como a obesidade abdominal, condicionam a perturbação respiratória obstrutiva durante o sono, com roncopatia e sensação de asfixia, concorrendo para a síndrome de apneia/hipopneia obstrutiva do sono. A apneia consiste na interrupção da respiração por curtos períodos de tempo durante o sono e é causada pela obstrução do trato respiratório superior. A obesidade é um fator

preponderante na maioria dos doentes com esta doença, sendo particularmente prevalente nos homens. A perda de peso reduz os sintomas nas pessoas obesas, podendo curar a doença (52).

Problemas psicológicos e sociais. A obesidade pode associar-se a sentimentos de desvalorização pessoal, depressão, ansiedade, perturbações da personalidade, comportamento bulímico ou voracidade alimentar (53).

Alguns tipos de cancro. A obesidade acompanha-se de risco aumentado de cancro. As mulheres obesas têm um risco três vezes maior de desenvolvimento de cancro da mama, útero, ovário, e endométrio. Nos homens, há um risco aumentado de cancro do cólon e da próstata (54)

1.3.5. Custos económicos associados à obesidade

Os gastos associados à obesidade incluem custos diretos, resultantes dos cuidados de saúde dirigidos a esta doença (consultas de obesidade ou de controlo do peso), e custos indiretos, associados não só ao tratamento de comorbilidades da obesidade, mas também à redução de produtividade económica. Importa ainda ter em conta os custos individuais, designadamente os relativos a gastos em consultas no setor privado, compra de “*produtos de emagrecimento*”, suplementos alimentares e substitutos de refeição e roupas especiais, entre outros.

Nos últimos anos, vários estudos têm tentado estimar o impacto económico da obesidade (1), concluindo que representa um fardo muito pesado não só para quem dela sofre, mas também para toda a sociedade. Por exemplo, em Portugal, Pereira e Mateus (55) estimaram os custos atribuíveis à obesidade, no ano de 2002, em quase 300 milhões de euros, correspondentes a 2,5% da despesa total de saúde. Estimaram ainda os custos indiretos associados à obesidade, ou seja, diminuição de produtividade económica associável à doença, chegando ao valor de 116 milhões de euros perdidos durante esse ano. Assim, ao todo, o custo total da obesidade para a sociedade portuguesa em 2002 foi estimado em mais de 400 milhões de euros.

1.3.6. Prevenção da obesidade

São conhecidas várias iniciativas de saúde pública de sucesso, quer em termos de redução de taxas de incidência ou prevalência de doenças infecciosas, e de redução de fatores de risco para DNT - nomeadamente comportamentais (v.g. tabagismo (56)), ou fisiológicos (v.g. colesterol), quer na prevenção e diminuição das taxas de incidência de DNT (v.g. hipertensão (57)). No caso da obesidade, as iniciativas de saúde pública que têm sido propostas não têm sido tão bem sucedidas (58). De fato, embora a estratégia global da OMS para nutrição, atividade física e saúde (59–61) ofereça um guia de atuação ao nível da saúde pública, com poucas exceções, tem havido pouco progressos na implementação destas estratégias (62). Além disso, estratégias definidas a nível global carecem muitas vezes de adequação a contextos nacionais ou locais, apontando a necessidade de identificar formas de prevenção e de tratamento desta patologia, que se adequem a aspetos sociais, económicos e culturais dos grupos populacionais de maior risco.

Embora se considere inquestionável a necessidade de ações de prevenção, importa não descurar o desenvolvimento e otimização de estratégias de intervenção terapêutica. Uma e outras devem ser fundamentadas na evidência científica disponível, devendo ser periodicamente revistas e reequacionadas com base numa agenda de investigação bem definida (63).

1.3.7 Abordagens terapêuticas para a obesidade

Antes de aprofundar a discussão das principais estratégias de tratamento da obesidade, importa dizer que, para além de qualquer abordagem terapêutica, é fundamental o empenhamento político sustentado, que facilite a colaboração articulada entre agentes de múltiplos setores (saúde, educação, lazer, etc.), públicos e privados; o acesso a atividade física regular; a promoção de escolhas alimentares mais saudáveis a todos; e a legislação e regulação da atividade da indústria alimentar, por exemplo, na redução do teor de gordura, açúcar e sal dos alimentos processados, e a prática de *marketing* responsável (30).

Como doença crónica, a obesidade tem que ser tratada de forma continuada (29). O tratamento da obesidade contribui para a cura ou, pelo menos, para o controlo de outras patologias, geralmente associadas, elencadas anteriormente neste documento (29).

Independentemente da abordagem clínica para tratamento da obesidade, existem objetivos comportamentais que devem ser atingidos. A nível individual, pretende-se:

limitar o consumo de energia a partir de gorduras totais e açúcares simples (61);

aumentar o consumo de frutas e verduras, bem como leguminosas, grãos integrais e nozes (61);

praticar atividade física regular (pelo menos 60 minutos por dia para crianças e 150 minutos por semana para adultos) (64).

Atendendo à complexidade etiológica da obesidade (e dos determinantes da sua manutenção), não surpreende que a abordagem terapêutica a esta doença seja igualmente complexa. Se por um lado é imprescindível ter em conta os fatores não modificáveis associados e determinantes do ganho ponderal (genética, sexo, idade), importa ter também em conta que existem fatores modificáveis, com óbvia importância para os aspetos comportamentais e de estilos de vida (29).

Vários estudos têm demonstrado que abordagens terapêuticas de natureza multidisciplinar, com equipas multiprofissionais (incluindo médicos, nutricionistas, psicólogos, fisiologistas do exercício físico, entre outros) obtêm melhores resultados do que intervenções parcelares (65). No entanto, é restrita a evidência sobre qual a abordagem terapêutica (combinada) mais eficaz. Tanto os estudos como os critérios utilizados para avaliar a efetividade terapêutica da obesidade diferem muito entre si e apresentam, de forma sistemática, um nível de efetividade relativamente baixo.

A abordagem da modificação comportamental incide naturalmente na mudança de comportamentos alimentares e/ou relacionados com atividade física. A esta abordagem pode associar-se a farmacoterapia (embora com poucas alternativas diretamente relacionadas com a redução de peso corporal) ou, em casos de obesidade mais severa, cirurgia bariátrica.

1.3.7.1. Intervenção psicológica / comportamental no tratamento da obesidade

Como já referido, a obesidade associa-se muito frequentemente a comorbilidades psiquiátricas, incluindo depressão, ansiedade e distúrbios alimentares (66,67), que podem ter um papel causal ou de efeito. Em qualquer dos casos, estas comorbilidades constituem fator de risco para agravamento ou manutenção da condição de obesidade, tendo assim de ser avaliadas e alvo de intervenção psicológica/psiquiátrica.

Por outro lado, importa também ter em conta que a maior parte dos mecanismos de regulação da ingestão alimentar são automáticos e não refletidos. Assim, é redutor considerar a obesidade como uma “*doença de vontade*”, crença esta que tende a resultar numa atitude culpabilizadora e pouco promotora de alianças terapêuticas eficazes. Tal como com outras doenças crónicas, o processo terapêutico eficaz tem sido encarado como o que investe mais em responsabilizar o doente pelos comportamentos necessários à recuperação de saúde, desafiando-o a criar novos mecanismos de escolha automáticos, em vez de o culpabilizar pelos comportamentos associados à génese do problema de saúde. Assim sendo, a intervenção psicológica não se deve limitar a informar e corrigir crenças e hábitos errados sobre alimentação e nutrição. Devendo também estimular a adoção de atitudes e práticas alimentares adequadas. De facto, importa estimular a mudança de comportamento de indivíduos e populações, principalmente entre aqueles que estão mais expostos a determinantes de risco da doença.

No tratamento da obesidade é, necessário que os doentes adiram a estilos de vida saudáveis, sendo fundamental que os profissionais de saúde não tenham apenas conhecimentos técnicos quanto às formas mais eficazes do tratamento, mas também competências relacionais, que promovam motivação, para que o doente seja agente ativo da resolução deste problema de saúde (68).

A entrevista motivacional é a estratégia relacional mais sustentada pela literatura como efetiva quer para a cessação de vários comportamentos patogénicos quer para a adoção de comportamentos salutogénicos (68). Trata-se de um método diretivo, embora centrado no doente, visando a promoção da motivação autónoma para a mudança, através da exploração e resolução da ambivalência na adoção de novos comportamentos. Vários estudos demonstraram a efetividade da entrevista motivacional no tratamento da obesidade, em crianças e em adultos, nomeadamente através do

aumento do consumo de frutas e vegetais e da atividade física (68). A evidência científica sustenta também que os resultados obtidos com a entrevista motivacional se mantêm no tempo (69).

Os estudos existentes em Portugal sobre entrevista motivacional e relativos a intervenções com grupos comunitários mostram que este estilo terapêutico também se associa a bons resultados terapêuticos (70). Mas não se sabe ainda quão efetiva pode ser a intervenção clínica que integre entrevista motivacional no tratamento de doentes portugueses com obesidade.

Para além da entrevista motivacional, como estilo relacional que pode ser integrado em formatos convencionais de intervenção nutricional ou de promoção de atividade física, também se sabe pouco sobre a efetividade de outras estratégias/técnicas de intervenção psicológica, sendo as estratégias cognitivo-comportamentais as que surgem na literatura como associadas a melhores resultados (71).

1.3.7.2. Promoção de dispêndio energético

Em termos objetivos, é fácil perceber que a obesidade resulta de um desequilíbrio, mantido no tempo, entre a quantidade de energia ingerida e de energia despendida, que resulta em excesso de energia armazenada pelo organismo. Assim sendo, uma das formas de reverter o processo de acumulação de peso excessivo é promover maior gasto de energia através de prática de atividade física (AF) regular.

Tem-se verificado benefício da AF moderada e regular na proteção da saúde e prevenção da doença (59,64). A AF regular está associada à redução da prevalência da (e à melhoria de estado de saúde relacionado com) diabetes, síndrome metabólica, DCVs (72,73), entre outros benefícios de saúde. Assim, o exercício físico deve ser recomendado não só para perder peso, mas também para aumentar a capacidade física e diminuir diversos problemas de saúde.

No entanto, é importante ter em conta a situação física de cada indivíduo e o seu grau de obesidade aquando da prescrição de um programa de exercício físico, preferencialmente integrado num programa de emagrecimento através de controlo alimentar. A prescrição de AF deve atender ao tipo de exercício (tanto quanto possível, adequado à preferência

do doente), à intensidade e à quantidade (tempo de prática diária ou semanal), que devem seguir uma lógica de aumento progressivo (59). Para além destas recomendações gerais, existem outros aspetos a ter em conta aquando da prescrição de AF, que carecem de evidência robusta, quanto à efetividade em contexto de tratamento da obesidade. É esse o caso do tipo de atividade, da distribuição da atividade ao longo do dia ou semana e da adequação a problemas de saúde que podem estar associados ao excesso de peso, entre outros.

Segundo as últimas *guidelines* da *American Heart Association*, em programas de intervenção de estilo de vida deve-se prescrever um aumento da atividade física aeróbica (como caminhada rápida) para ≥ 150 min / semana (equivalente a ≥ 30 min / dia na maioria dos dias da semana). Para manutenção do peso perdido, ou para minimizar a recuperação de peso a longo prazo (>1 ano), recomendam-se níveis mais altos de atividade física - cerca de 200 a 300 min / semana (74).

1.3.7.3. Intervenção médica em obesidade

O tratamento da obesidade implica uma avaliação criteriosa de diversas condições de saúde que podem estar relacionadas. Da mesma forma, a medicação utilizada para diferentes patologias pode contribuir para um aumento de peso, levando a que portanto, a intervenção médica em contexto de saúde passe também por avaliar e, eventualmente, adequar a medicação também ao objetivo de perda ou controlo do peso (minimizando efeitos no apetite ou no metabolismo que resultem em ganho ponderal).

O uso de fármacos específicos para o tratamento da obesidade é apenas indicado a indivíduos com $\text{IMC} \geq 30 \text{ Kg/m}^2$, com $\text{IMC} \geq 27 \text{ Kg/m}^2$ associado a comorbilidades, ou com $\text{IMC} \geq 25 \text{ Kg/m}^2$ associado a $\text{PC} \geq 94$ cm em homens ou a $\text{PC} \geq 80$ cm em mulheres (75,76)(75,76). A sua utilização deve ser também limitada aos casos em que um programa de dieta e de exercício físico não tenham sido eficazes para a redução ou controlo do peso corporal, devendo ser sempre acompanhada destas estratégias.

O único medicamento autorizado na União Europeia para o tratamento da obesidade é o Orlistat[®]. Trata-se de um fármaco com ação periférica, inibidor da lipase gástrica e pancreática. A sua utilização adequada implica prescrição de alteração no

comportamento alimentar, nomeadamente a diminuição do conteúdo dietético em gorduras (77).

Existem medicamentos destinados a outras patologias que podem auxiliar no tratamento da obesidade, como é o caso de: fluoxetina, sertralina ou bupropiona (antidepressivos); tópiramato, zonisamida (antiepiléticos), metformina, agonistas do GLP-1 (antidiabéticos). No entanto, estes fármacos não têm indicação específica para o tratamento da obesidade e a sua utilização deve ser muito cuidadosa.

Os suplementos alimentares são produtos farmacêuticos (não são medicamentos, sendo a sua comercialização da responsabilidade do Ministério da Agricultura e não do Ministério da Saúde) que podem conter produtos naturais com função diurética ou laxante e que, segundo a OMS, não devem ser utilizados no tratamento da obesidade (29).

Quando mais nenhuma forma de intervenção é eficaz, uma alternativa, de último recurso, é a cirurgia bariátrica, que está indicada em doentes com $IMC \geq 40 \text{ Kg/m}^2$ e que tenham tentado, sem sucesso, todas as outras terapêuticas. Os doentes com IMC de 35-40 kg/m^2 têm indicação para cirurgia quando associam a este nível de obesidade (obesidade de grau II) doenças como diabetes, doenças cardiorespiratórias e/ou artroses (78,79). A cirurgia é também indicada em crianças ou adolescentes com $IMC > 40 \text{ Kg/m}^2$ ou percentil $IMC > 99,5$ e pelo menos uma comorbilidade (80). No entanto, é importante realçar que a cirurgia bariátrica não é uma cura da obesidade e que os doentes necessitam de acompanhamento para o resto da vida, nomeadamente no sentido de manter comportamentos alimentares e de atividade física promotores do controlo do peso corporal (81).

Em 2005, foram aprovadas linhas orientadoras para a cirurgia da obesidade mórbida por um painel de várias sociedades científicas Portuguesas (39), revistas posteriormente (em 2007) pela comissão de acompanhamento do tratamento cirúrgico da obesidade (78).

Está definido por norma que a avaliação pré-operatória deve ser feita por uma equipa multiprofissional incluindo: especialista de endocrinologia ou medicina, cirurgião, anestesista, psicólogo ou psiquiatra, nutricionista/dietista e enfermeiro (78). Aquando

desta avaliação, é feita a história clínica do candidato a cirurgia, incluindo história alimentar do doente, apetite e níveis de saciedade, preferência e aversões alimentares, existência de eventuais perturbações do comportamento alimentar, consumo de álcool, capacidade de aquisição e preparação dos alimentos. A avaliação deve ser feita em, no mínimo, cinco consultas. Tanto o acompanhamento nutricional como o psicológico devem ser feitos antes e depois da cirurgia (81).

As intervenções cirúrgicas (sempre que possível, realizadas por laparoscopia) classificam-se do seguinte modo:

Restritivas, onde se incluem: gastroplastia com banda ajustável ou reseção gástrica em *sleeve*;

Redutoras, limitando a absorção de nutrientes, onde se incluem: derivação biliopancreática, derivação biliopancreática com *switch* duodenal, ou by-pass gástrico distal.

Segundo dados do mais recente estudo SOS (82), a cirurgia é o único tratamento para a obesidade que resulta numa média superior a 15% de perda de peso ao fim de 10 anos, tendo também efeitos positivos sobre muitos fatores de risco para DCVs, sobre diabetes já estabelecida, cancro e sobre a QV e a mortalidade em geral. Os autores do estudo defendem ainda que a cirurgia bariátrica deveria ser universalmente aceite e que as diretrizes atuais deveriam de ser atualizadas.

1.3.7.4. Intervenção nutricional para tratamento da obesidade

1.3.7.4.1. Fatores a considerar

O excesso de peso ocorre quando a ingestão de energia excede o gasto de energia durante um período prolongado. Mas as dificuldades metodológicas implícitas à avaliação da ingestão habitual (principalmente porque o relatado pelos doentes tende a ser uma subnotificação da quantidade e tipo de alimentos ingeridos) têm sido um fator de confundimento relativamente à análise dos determinantes alimentares específicos para a obesidade (83).

Por esse motivo, e também devido aos complexos mecanismos envolvidos na etiopatogenia da obesidade, não existe evidência quanto à identificação de um grupo alimentar específico como causador da obesidade (84). No entanto, é crescente a evidência sobre a amamentação e o consumo de uma dieta como a "dieta mediterrânea" (quando em quantidades adequadas ao dispêndio energético do indivíduo) poderem estar associados a uma diminuição do risco de obesidade e o consumo regular de *fastfood* e bebidas açucaradas, ao risco de ganho de peso, representando fatores de risco específicos para crianças e adultos (83) embora possam também estar associados a um padrão de dieta ou a um estilo de vida tendencialmente mais patogénico que, no seu conjunto, poderá estar associado à obesidade.

De forma abreviada, pode ser dito que não existe evidência científica clara que permita definir uma intervenção nutricional ideal para o tratamento da obesidade (no sentido de manter a perda de peso a médio ou longo prazo) e que esta ausência de conhecimento sobre a intervenção nutricional mais efetiva se aplica ao tratamento de obesidade em crianças, adolescentes, adultos ou idosos. Não existem ensaios clínicos aleatorizados e controlados que avaliem os efeitos das diferentes prescrições dietéticas no peso e na composição corporal, independentemente de outros fatores, nomeadamente o aumento da prática da atividade física regular (85).

Sem consenso acerca da melhor intervenção nutricional, reconhece-se que a gestão do peso na obesidade tem que ter em conta o total de energia ingerida por dia, bem como a distribuição dos macronutrientes ao longo do ritmo circadiano (86), assim como o número e a distribuição das refeições diárias, variando as diferentes intervenções nutricionais principalmente em relação a estes fatores.

1.3.7.4.2. Tipos de dietas

Nas últimas décadas, tem-se assistido a um intenso debate acerca do tipo de dieta mais efetiva no tratamento do excesso de peso – as que dão preferência a proteínas, à redução de hidratos de carbono ou à redução de ingestão dos lípidos (87–90). Um estudo realizado em 2007, com um total de 811 participantes, divididos em grupos de intervenção que seguiram diferentes dietas hipocalóricas (com diferentes quantidades de hidratos de carbono, lípidos e proteínas) concluiu que dietas com redução de calorias

resultavam sempre em perdas de peso com significado clínico e manutenção dessa perda ao longo dos dois anos de acompanhamento, independentemente do macronutriente valorizado. A saciedade, fome, satisfação com a dieta e a adesão às sessões de grupo foram similares em todas as dietas. Estes dados parecem sugerir que qualquer dieta, quando aconselhada com a finalidade de perda de peso, tem potencial de eficácia clínica, independentemente do macronutriente específico valorizado ou desvalorizado (87).

No entanto, outros estudos (86,88,91) salientam a vantagem de abordagens alimentares com base na mudança da distribuição de macronutrientes em vez da sua simples restrição. É aqui importante tornar a salientar que existem diversos fatores que determinam a perda de peso induzida por estas dietas com composições diferentes, tais como a predisposição genética, doenças concomitantes e inúmeras variáveis ambientais que moderam o efeito da restrição alimentar na perda de peso corporal (86). As dietas que têm em conta a distribuição circadiana do aporte de macronutrientes podem ter vantagens por ajustar o perfil lipídico, por exemplo, embora se devam considerar também os possíveis efeitos nefastos por se alterar a distribuição recomendada dos macronutrientes (15% ou 25% das calorias totais de proteína; 20% ou 40% das calorias totais de gordura; 35%, 45%, 55%, ou 65% das calorias totais de glícidos (74)).

Relativamente à **restrição calórica**, são de referir as seguintes dietas hipocalóricas:

Dieta de Baixo Valor Calórico (DBVC) : Aporte calórico >800 Kcal/dia, sendo geralmente de 800 a 1200 Kcal/dia (29,92), embora alguns autores defendam valores até 1500 Kcal (93). Caracterizam-se por uma diminuição da ingestão energética diária em paralelo com um aporte equilibrado de macronutrientes, de acordo com as *Dietary Reference Intake* (DRI) (85). São dietas baseadas na recomendação tradicional de nutrientes, de forma a fornecer a proporção equilibrada de proteínas (10-20% da energia), hidratos de carbono (50-65% da energia) e lípidos (25-35% da energia) em quantidades reduzidas, visando apenas a energia pretendida (93). Com um total energético reduzido, os doentes podem não conseguir ingerir os micronutrientes necessários, sendo recomendada a suplementação em vitaminas e sais minerais (29), o que requer controlo médico. São frequentemente utilizadas em casos especiais, como por exemplo no contexto peri-cirurgia bariátrica (i.e., preparação para a cirurgia e pós-

cirurgia), ou em doentes com problemas osteoarticulares graves, a necessitar de redução ponderal rápida (29). As dietas hipocalóricas podem permitir perda de peso em pouco tempo, que é difícil de ser mantida a longo prazo (94), principalmente devido à fraca adesão dos doentes (86).

Dietas de Muito Baixo Valor Calórico (DMBVC): caracterizam-se por uma restrição calórica que garanta um valor calórico diário total entre 200 a 800 Kcal (95). O objetivo das DMBVC é promover uma perda de peso acentuada, num curto intervalo de tempo, fornecendo apenas a nutrição mínima para a preservação da massa corporal vital (96). Estas dietas só são recomendadas em casos muito excecionais, devendo ser seguidas de perto por um médico e por um nutricionista/dietista. Não devem decorrer durante mais que um mês e necessitam de suplementação (29). A sua utilização deve ser limitada a doentes específicos e não devem ser aplicadas em crianças, adolescentes, grávidas, lactentes ou idosos (97). Embora alguns estudos tenham demonstrado que reduções de peso iniciais mais acentuadas (típicas destas dietas) podem resultar em maior sucesso a longo prazo (98), a sua efetividade a longo prazo para o tratamento da obesidade não é clara (86). De registar ainda que os indivíduos que abandonam o tratamento têm, regra geral, um aumento de peso também acentuado (efeito “ioiô”)(99).

Relativamente à distribuição dos macronutrientes, a evidência tem apontado para o facto de ser a diminuição da ingestão energética diária total, e não a proporção relativa de macronutrientes, a responsável pela perda ponderal. No entanto, são de destacar os seguintes tipos de dietas:

Hipoglícidas: estas dietas contêm geralmente 45-65% da energia em lípidos e <30% da energia em glícidos (86). Alguns estudos revelaram que a restrição de hidratos de carbono é a mais efetiva para a redução de peso corporal (100). Tem sido demonstrado que estas dietas induzem perdas de peso mais rápidas e substanciais, a curto prazo, que outras dietas (100). O baixo teor de hidratos de carbono destas dietas é compensado por um aumento do teor de lípidos e/ou proteínas. Não existe evidência definitiva que sugira que o alto teor de gordura das dietas hipoglicídicas tenha desvantagem metabólica sobre outras dietas (95). No entanto, é preciso ter em atenção que estas dietas podem ser prejudiciais para doentes que tenham hiperlipidemia, diabetes ou outras doenças

metabólicas, devido ao aumento relativo dos lípidos e das proteínas. Os efeitos colaterais da cetogénese também têm que se controlados (100).

Hiperproteicas: as proteínas constituem o grupo de macronutrientes que induzem maior saciedade, traduzindo-se geralmente num menor consumo alimentar e energético. Têm também a vantagem de permitir a manutenção e/ou acréscimo de massa magra (101). A quantidade mínima adequada de proteínas para adultos sem doença renal ronda os 0,83g/kg/dia, sendo que consumos proteicos equivalentes ao dobro desta quantidade não estão associados a riscos acrescidos. Consumos muito elevados, na ordem de 3-4 vezes a porção citada, podem estar muito próximos do máximo tolerável e, por isso, não ser isentos de risco (102). As dietas hiperproteicas podem ter efeitos adversos relacionados principalmente com lesão renal, sendo que, doentes com obesidade, síndrome metabólica e diabetes mellitus tipo 2 são mais susceptíveis a este risco (101). Apesar de as dietas de baixo teor de hidratos de carbono e alto teor de proteína beneficiarem de alguma popularidade, não existe evidência suficiente para fazer recomendações a favor ou contra estas dietas (103). De facto, dietas hiperproteicas parecem ser eficazes no curto prazo, mas os efeitos a longo prazo, não só na perda de peso, como na saúde em geral, são desconhecidos (86). No caso de crianças e adolescentes, vários estudos têm demonstrado que as dietas hiperproteicas não proporcionam efeitos benéficos na perda e na manutenção do peso corporal, podendo por vezes apresentar efeitos nefastos para a saúde (104).

Dietas hipolipídicas: a redução do consumo de gorduras, com o objetivo de diminuir a energia total ingerida por dia, é, em geral, acompanhada de um aumento de hidratos de carbono. Estas dietas, com baixo teor em lípidos e ricas em hidratos de carbono, são baseadas principalmente na ingestão de vegetais, frutas, grãos integrais e feijões, laticínios sem gordura e pequenas quantidades de farinha branca, açúcar e proteína animal (105). A evidência sugere que dietas de baixo teor de gordura são seguras, eficazes na redução de peso e que contribuem para a melhoria do perfil de risco cardiovascular. Mas é importante que este tipo de dietas se baseie em hidratos de carbono complexos e fibras, e não em açúcares simples. Importa também que a ingestão (moderada) de gordura inclua principalmente gorduras monoinsaturadas e

polinsaturadas (evitando as gorduras trans ou saturadas) (86). Em crianças e adolescentes, um estudo que comparou dieta hipoglicídica com dieta hipolipídica encontrou uma redução significativamente maior do IMC no grupo que fez dieta hipoglicídica, sendo que o grupo que fez dieta hipolipídica registou redução mais significativa dos níveis do colesterol total e do colesterol LDL e aumento do colesterol HDL (106). Não se conhecem os efeitos a longo prazo destas dietas em crianças e adolescentes (107).

Dietas de baixo índice glicémico e de reduzida carga glicémica: o índice glicémico é um parâmetro que permite avaliar o efeito hiperglicemiante de uma refeição ou de um alimento, ou seja, o poder que o alimento ou refeição têm para elevar a concentração de glucose sanguínea após a sua ingestão. A carga glicémica é obtida através do produto da quantidade de hidratos de carbono disponíveis numa porção de alimento pelo índice glicémico desse mesmo alimento. Alguns estudos demonstraram perdas clinicamente relevantes de peso corporal e de IMC tanto nos grupos que receberam uma dieta de baixo índice glicémico como nos que receberam uma dieta de reduzida carga glicémica, mesmo em dietas sem restrição calórica formal prevista (mas com diminuição da ingestão calórica implícita devido à seleção de alimentos com baixo índice glicémico) (108).

Relativamente ao fracionamento e distribuição da ingestão, alguns estudos sugerem que dietas com menos do que três refeições por dia influenciam negativamente o controlo do apetite (109) e que um maior fracionamento facilita a perda de peso corporal, não deixando de ser importante considerar e respeitar as diferenças geográficas e ambientais do padrão alimentar (110). Outros estudos evidenciam que, retirando fatores genéticos e ambientais, o pequeno-almoço e a sua frequência podem influenciar o controlo do apetite, a ingestão alimentar e a composição dos alimentos ingeridos, assim como o risco de doenças crónicas (111).

Outro fator nutricional apontado como importante para a redução ou controlo do peso corporal, e que joga obviamente com o número das refeições por dia, é o tamanho das porções ingeridas a cada refeição. A exposição crónica a grandes porções de alimentos

resulta em aumento da energia ingerida e contribui para o aumento do peso corporal (112). Mais recentemente também se conseguiu verificar que a velocidade de ingestão pode ter influência, devido ao impacto no controlo da energia ingerida devido à resposta das hormonas gastrointestinais (113).

Apesar de tudo o que foi descrito acerca das dietas para redução ou controlo do peso corporal, a evidência disponível é claramente insuficiente para que se possam fazer recomendações a favor ou contra o uso de baixo teor de hidratos de carbono, de alto teor de gordura, ou de dietas hiperglicídicas e com baixo teor em gordura, sendo necessários mais estudos de efetividade destas terapias nutricionais (86). São ainda necessários estudos controlados de intervenção experimental, para avaliar a eficácia específica da mudança de dieta sobre o peso corporal e saúde. Em última análise, as estratégias mais eficazes terão de equilibrar a magnitude do efeito previsto sobre o peso corporal e saúde, com a probabilidade de alcançar uma mudança dietética, utilizando toda a gama de instrumentos disponíveis para os decisores clínicos. (1). Enquanto estes estudos não são feitos e a evidência científica de mais alto grau não está disponível, é necessário recorrer ao que se tem de mais precioso, à experiência dos profissionais, aos peritos que, ao longo de anos de estudo e de trabalho, percecionam a efetividade de cada intervenção.

Importa ainda salientar que uma boa parte dos indivíduos com excesso de peso tem uma noção correta do papel que as suas opções dietéticas têm no seu estado de saúde. No entanto, a maioria destes não aderem, a médio ou longo prazo, às prescrições dietéticas (27). Existem assim vários outros fatores, associados à escolha dos alimentos recomendados, que também devem ser considerados aquando da prescrição dietética (ou educação para a saúde nesta área), dos quais se destacam o nível sócio-económico, a literacia funcional, as crenças e tradições, a vulnerabilidade à palatibilidade e textura dos alimentos, a disponibilidade e o acesso a alimentos saudáveis (114). Relativamente ao preço dos alimentos, nos últimos anos tem-se verificado um aumento desproporcional do custo de alimentos mais adequados a uma dieta equilibrada e menos obesogénicos, como frutas, hortícolas e peixe (alimentos), o que salienta a importância de criação/implementação de políticas orientadas para a saúde (115).

Como se pode concluir desta apresentação abreviada, sobre as formas de tratamento da obesidade, não existe evidência científica quanto a qual o tratamento (ou integração de tratamentos) mais efetivo. Neste cenário de conhecimento, a tomada de decisão sobre que tratamento utilizar tem dependido, na maioria dos casos (com exceção óbvia para obesidade mórbida ou com comorbilidade – nesse caso, a cirurgia bariátrica é a alternativa mais consensual), da formação específica e experiência dos profissionais de saúde envolvidos. Importa no entanto procurar e adotar como *guidelines* de tratamento da obesidade (visando maior qualidade no tratamento da obesidade a nível nacional) os aspetos que sejam consensuais entre os peritos nesta área, beneficiando assim não apenas no seu conhecimento, mas também da sua experiência prática. Para o efeito, importa refletir sobre a forma de construir consenso baseado em peritos. É esse o objetivo do próximo capítulo deste enquadramento teórico.

1.3.7.5 Métodos de construção de consenso

Muitas vezes, os profissionais de saúde enfrentam o problema de terem que tomar decisões em situações acerca das quais não existe informação suficiente, ou em que há informação inconsistente ou contraditória (116). Os métodos de construção de consenso são especialmente úteis nestes casos, em que não existe à partida unanimidade de opinião científica (116), tratando-se de métodos de síntese de informação, que aproveitam a experiência e os conhecimentos de especialistas numa determinada área de conhecimento.

Estes métodos, embora com um nível de evidência menor, têm como vantagens relativamente às revisões de literatura ou às meta-análises (outros métodos de resolução de inconsistências científicas) o facto de permitirem que se considere uma vasta gama de tipos de estudo, uma avaliação qualitativa das “provas” encontradas, chegando a estimativas quantitativas através de abordagens qualitativas (116). Estes métodos têm também vantagem relativamente a comités ou *task forces*, em que se assiste geralmente ao domínio por parte de um ou mais indivíduos, ou das coligações/organizações envolvidas. Não obstante estas diferenças, o objetivo dos métodos de consenso é determinar até que ponto os especialistas concordam em determinado assunto.

Na área da saúde, a investigação orientada para construção de consenso tem utilizado, de forma mais regular, um conjunto de métodos tidos como adequados para a construção de evidência científica (117), nomeadamente: os métodos dos Grupos Nominais, o método das conferências de consenso e o método Delphi.

1.3.7.5.1. Grupos nominais

O método dos Grupos Nominais foi desenvolvido nos Estados Unidos, na década de 60, e tem sido aplicado a problemas nos serviços sociais, educação, governação e indústria. No contexto da saúde, tem sido principalmente utilizado no debate sobre os métodos de tratamento mais apropriados, na educação e na formação, desenvolvimento de aptidões e identificação de medidas para ensaios clínicos (116).

Baseia-se na utilização de reuniões estruturadas, para obter opiniões de peritos sobre uma determinada questão. O processo envolve a identificação do problema, reflexão individual acerca da questão, partilha de ideias, discussão das ideias em grupo e votação individual. É um método que pode ser utilizado com grupos de várias dimensões, sendo a ideia que recebe pontuação mais alta considerada a decisão final do grupo.

Este método tem como principais vantagens o facto de conciliar a troca de ideias em grupo, o que potencia a geração de um grande número de novas ideias, permitindo, simultaneamente, evitar os problemas provenientes de eventuais constrangimentos, habituais em situações de grupo. Como desvantagens, pode-se salientar o facto de ser necessário investir muito tempo e rigor na organização da reunião e de esta poder não convergir para votação, podendo os peritos desviar a discussão do foco principal em análise, o que torna fundamental a escolha de um bom moderador (116).

1.3.7.5.2. Conferência de consenso

O objetivo das conferências de consenso é alargar o debate, normalmente restrito a peritos e cientistas, a um grupo mais alargado de cidadãos. Nos Estados Unidos, as conferências de consenso são utilizadas há mais de 30 anos como uma forma de avaliação de tecnologias aplicadas à medicina, envolvendo apenas peritos médicos. Na Europa, esta técnica começou por ser utilizada na Dinamarca, na década de 80, como uma forma de incluir na política a opinião de cidadãos sem cargos políticos.

Os participantes são selecionados por serem parte interessada na questão, independentemente do seu grau de conhecimento acerca da mesma. Todos recebem materiais informativos, assistem à apresentação do tema por peritos, de modo a obter o conhecimento básico acerca do tema e participam na conferência, que pode decorrer durante vários dias. No final, todos os participantes discutem os documentos (ou as ideias) que surgem da própria conferência com os peritos.

A principal vantagem deste método é permitir a troca de ideias e a auscultação de todas as partes interessadas no tema, mesmo leigos na matéria em estudo. Como desvantagem salienta-se a baixa taxa de adesão por parte dos participantes convidados (devido a ser um método por vezes prolongado no tempo), da conferência ser muitas vezes dominada por alguns participantes, assim como o encobrimento intencional de algumas opiniões, devido à pressão do grupo (118).

1.3.7.5.3. Método Delphi

O método Delphi foi desenvolvido por Olaf Helmer, Norman Dalkey e Nicholas Resher (investigadores da RAND Corporation, USA), na década de 1950 (início da guerra fria), para avaliar o impacto de armamento militar em cenários de guerra (119). Desde essa altura, tem sido utilizado em inúmeras áreas de conhecimento e apoiado a tomada de decisão em contextos políticos, de *marketing*, industriais e científicos (muito em particular na área da saúde), entre outros. Tem origem etimológica em “*Delphus*”, nome de um oráculo com capacidade de interpretação e de fazer previsões numa série de rondas (116).

Geralmente, o método Delphi é organizado em três ou mais rondas, sendo que, na primeira os participantes são convidados a dar opinião sobre uma questão específica, com base no seu conhecimento e experiência (abordagem qualitativa). Estas opiniões são depois agrupadas num número limitado de tópicos que possam ser transformados em questionário ou formulário de *check-list* para submissão a consenso. Em alternativa, a equipa de realização do Delphi constrói um questionário ou formulário inicial, com base em revisão de literatura ou noutros métodos de recolha de dados qualitativos (v.g., entrevistas, *focus groups*, etc.).

A abordagem quantitativa, orientada para a definição do consenso, é feita por rondas de apreciação de cada aspeto elencado no questionário ou formulário: nestas rondas, cada

participante classifica a sua concordância com cada afirmação do questionário, sendo anónimas as pontuações dadas a cada item e, por isso desconhecidas dos restantes elementos do painel de peritos. Os resultados obtidos em cada ronda são resumidos e integrados, pelo investigador, nas versões seguintes do questionário, acrescentando-se eventuais comentários espontâneos, que explicitem (de forma anonimizada) o pensamento subjacente às modificações introduzidas. Os participantes voltam então a pontuar cada (re)afirmação do questionário/formulário, tendo oportunidade de mudar a sua pontuação anterior (considerando a resposta média do grupo para cada item). As pontuações são por fim resumidas e avaliadas quanto ao grau de consenso e o processo termina se o grau de consenso inicialmente estabelecido tiver sido atingido. Caso contrário, repete-se o processo um número determinado (geralmente *a priori*) de rondas (116).

Uma das principais vantagens deste método é poder incluir um grande número de participantes, peritos na matéria em estudo, de várias origens e áreas de especialização (120), que expressam os seus pareceres, mantendo o anonimato. É um método que geralmente não exige grandes recursos financeiros ou grandes deslocações, pois a comunicação entre peritos e investigador pode fazer-se por e-mail ou site na internet.

A maior desvantagem do método Delphi resulta da heterogeneidade de critérios e técnicas com que têm sido utilizados, nomeadamente quanto a aspetos como número de peritos a envolver, número de rondas a efetuar, formato das perguntas ou itens a apreciar pelos peritos, entre outros.

1.4. Enquadramento do projeto DEICO

Sendo evidente a importância de criar *guidelines* para o tratamento da obesidade, que otimizem as vantagens específicas das diferentes abordagens terapêuticas (resumidas no capítulo anterior), essas *guidelines* podem ser criadas através de um método de construção de consenso, nomeadamente através do método Delphi, na ausência de melhor critério para decisão baseada na evidência. Este é, como já se referiu, um dos principais objetivos do projeto DELCO, promovido e desenvolvido pelo Observatório Nacional da Obesidade e do Controlo do Peso e onde se enquadra o projeto DEICO, relativo a esta dissertação.

O DELCO visa a construção de conhecimento coletivo e consensual sobre tratamento da obesidade, através de um método misto de construção de consenso (usando técnicas de conferência de consenso e do método Delphi) e atendendo a diferentes dimensões de decisão clínica. Por isso, o projeto foi estruturado em duas fases distintas, sendo que, na primeira (recolha de dados qualitativos), se pretendeu a geração de categorias/itens para consenso, através de um método informal de geração de ideias, entre peritos, seguindo um formato de recolha de dados inspirado em métodos como conferências de consenso, grupos nominais e *think tank*.

Para o efeito, foram organizados três fóruns sobre obesidade (um fórum por ano – entre 2010 e 2012 – cada um deles dirigido a um grupo etário específico: jovens, adultos e idosos) subordinados aos temas: “*Prioridades de investigação na área da obesidade*”, “*Estratégias de prevenção da obesidade*” e “*Estratégias de tratamento da obesidade*”. Para a segunda fase do DELCO, ainda não implementada, foi prevista a criação de consenso relativamente às ideias (sugeridas pelos peritos ao longo dos fóruns já realizados) que podem ser mais úteis para o combate da obesidade em Portugal, quer em termos de prevenção, quer em termos de tratamento.

Como é evidente da análise da Figura 1, o projeto DEICO enquadra-se nos objetivos do DELCO, partindo de duas questões de investigação, que acabam por servir de base a todo o seu desenvolvimento e que são:

- Segundo a perspectiva de peritos, quais os determinantes de efetividade da intervenção clínica em obesidade?
- Quais as *guidelines* mais adequadas para a operacionalização da componente quantitativa do método Delphi, que possibilite a elaboração de um documento de consenso de peritos sobre estratégias efetivas de tratamento da obesidade?

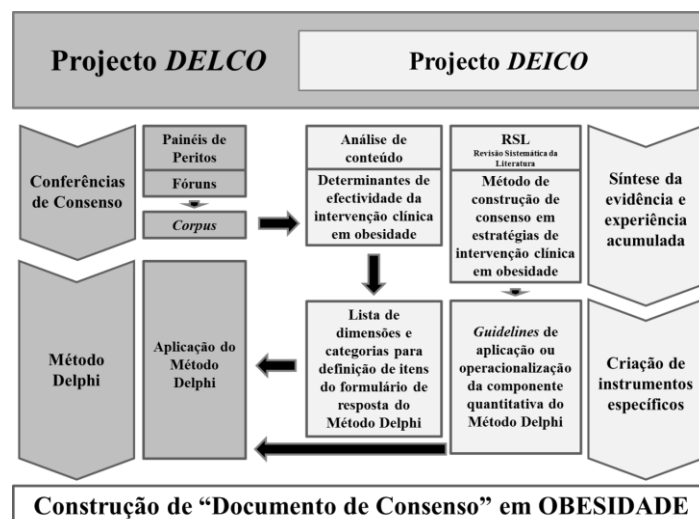


Figura 1 – Visão global e articulação entre os projetos DELCO e DEICO

Pela natureza destas questões, são envolvidas no projeto duas componentes de investigação, uma de carácter clínico/epidemiológico, relativa às perspetivas de peritos em obesidade quanto a determinantes de efetividade terapêutica e estratégias de tratamento, e outra, de carácter metodológico, relativa à definição de *guidelines* operacionais para um painel Delphi. Por isso, o trabalho aqui apresentado e realizado no âmbito do Mestrado em Nutrição Clínica, incide sobre determinantes de efetividade no tratamento da obesidade, de acordo com a perspetiva de um grupo alargado de peritos na área e também sobre as condições de aplicação/operacionalização da componente quantitativa do método Delphi quanto a estratégias terapêuticas efetivas da obesidade.

O projeto DEICO representa assim um contributo muito relevante para o DELCO, ao proceder à análise de conteúdos relativos às estratégias de tratamento da obesidade e recolhidos na fase qualitativa do projeto. Representa também um contributo inestimável para o que será a fase quantitativa do DELCO, ao assumir a investigação a desenvolver com o objetivo da criação de consenso, através da realização de uma RSL, com vista a identificar a forma mais adequada de conduzir a definição de consensos.

2. Objetivos

Enquadrando-se e sendo parte integrante do projeto DELCO, a investigação relativa a esta dissertação tem o mesmo objetivo geral, que é, o de contribuir para a construção de conhecimento coletivo e consensual quanto à forma de aumentar a efetividade terapêutica da obesidade, atendendo às diferentes etapas implicadas na decisão clínica em áreas como: modificação comportamental nas áreas da alimentação, modificação comportamental na área da atividade física, adesão à intervenção farmacológica disponível e/ou à intervenção cirúrgica.

Em termos específicos, o Projeto DELCO visa, de forma global:

1. Proceder à análise crítica das estratégias de intervenção (prevenção primordial, primária, secundária, terciária) em obesidade;
2. Identificar aspetos a mudar/melhorar relativamente às estratégias de intervenção (prevenção primordial, primária, secundária, terciária) em obesidade;
3. Delinear uma agenda de investigação em obesidade, em Portugal;
4. Definir prioridades estratégicas de ação relativamente ao fenómeno da obesidade em Portugal (em termos de saúde pública e individual);
5. Promover articulação e gestão otimizada de equipas científicas e de saúde, de forma a otimizar os esforços de intervenção em obesidade.

Para o projeto de investigação descrito nesta dissertação, o projeto DEICO, foram estabelecidos os dois seguintes objetivos específicos, sendo um de carácter clínico/epidemiológico e outro de carácter metodológico:

1. Descrever as perspetivas de peritos em obesidade quanto a determinantes de efetividade terapêutica na obesidade e quanto ao que importa definir como estratégias efetivas para o tratamento da obesidade em Portugal;
2. Definir uma proposta de *guidelines* de operacionalização para a constituição e gestão de um painel Delphi, para construção de consenso quanto a estratégias terapêuticas efetivas da obesidade, ou, mais especificamente, para a fase quantitativa do método Delphi.

3. Métodos

3.1. Desenho da investigação

O projeto DELCO segue um desenho de criação de consenso, com duas etapas: a primeira, geração de itens/categorias sobre o que importa fazer em termos de investigação, prevenção e tratamento da obesidade (fase qualitativa do método Delphi); a segunda, de avaliação por um painel Delphi de peritos da importância/pertinência de cada ideia proposta durante a fase qualitativa do método, visando a construção de um documento de consenso de peritos relativamente a quais dessas ações são prioritárias (fase quantitativa do método). Por sua vez, o projeto DEICO apresentado nesta dissertação desenvolveu-se no contexto das duas etapas, tendo seguido uma abordagem qualitativa na primeira, correspondente à análise dos dados recolhidos através de entrevista em grupo alargado (em formato de conferência – os fóruns) e recorrendo, para isso, a análise de conteúdo sobre o *corpus* produzido nos fóruns do DELCO. Na segunda etapa, utilizou um desenho de análise documental, através do método de RSL, que culminou com a elaboração de *guidelines* de aplicação do método Delphi, a utilizar posteriormente para a construção do documento de consenso.

A componente de investigação concretizada pelo DEICO é fundamental para o sucesso do DELCO, uma vez que, embora o método Delphi seja frequentemente utilizado, pode ser implementado de formas distintas, nomeadamente no que se refere a aspetos que podem constituir as perguntas de partida da RSL, de que são exemplo as seguintes:

- Como seleccionar peritos, para constituição do painel?
- Como devem ser apresentados os itens para consenso?
- Qual o critério de obtenção de consenso ou de rejeição de itens?
- Qual o número máximo de rondas para obtenção de consenso?

Muitos estudos baseados na metodologia Delphi perdem validade por não descreverem pormenorizadamente a forma como aplicam o método, ou por cometerem erros que comprometem a sua qualidade e que poderiam ser evitados caso estivessem previamente estabelecidos *guidelines* de operacionalização da componente quantitativa do método. Através deste desenho de estudo com duas etapas complementares, foi possível aprender com a experiência dos pares e assim desenhar uma proposta de *guidelines*

adaptada à temática em investigação e que aplica a metodologia Delphi da forma mais consensual.

3.2. Amostras e amostragem

A amostra de peritos (o painel de consenso) integrou, na primeira fase, um grupo de peritos, cuja seleção seguiu uma amostragem não probabilística, intencional (121), com base em critérios pré-estabelecidos que visaram garantir multidisciplinaridade e uma abordagem multiprofissional. Como critérios de inclusão foram considerados os seguintes: formação científica, profissão, tipo de responsabilidade relativamente à prevenção e tratamento da obesidade (clínica, educacional, política, representação de doentes, etc.), contexto laboral, anos de experiência profissional, e distribuição geográfica. Procurou-se também envolver organizações com responsabilidade e com competência reconhecida em áreas relevantes de investigação, prevenção e tratamento da obesidade (incluindo associações de pais e de doentes). O critério de homogeneidade foi o interesse, responsabilidade, mérito e competência reconhecidos em áreas associadas à obesidade. Os dados recolhidos através dos três fóruns organizados no âmbito do projeto DELCO constituem o *corpus*, ou seja, a base de dados qualitativa para a análise de conteúdo, visando elementos constitutivos do formulário de resposta a aplicar na abordagem quantitativa do método de Delphi.

Para a constituição da amostra de artigos resultante da RSL sobre os procedimentos de consenso a aplicar na segunda fase do projeto DELCO, foram consultadas as bases de dados PUBMED, EBSCO e RCAAP, utilizando o filtro temporal dos últimos 6 anos (de 01/07/2008 a 01/07/2014) e as seguintes palavras-chave, em língua inglesa, cada uma associada à palavra “Delphi”: “Overweight”, “Obesity”, “Nutritional Intervention”, “Clinical Intervention”, “Weight control”, “Body weight”, “BMI”; “Food”, “Physical Activity”, “Diabetes”, “Nutrition” e “Diet”, tendo sido ainda pesquisadas as palavras-chave equivalentes em língua portuguesa. O objetivo da pesquisa foi o de viabilizar a identificação de todos os artigos de interesse que aplicassem a técnica Delphi em áreas relacionadas com obesidade e excesso de peso e possíveis medidas de prevenção e tratamento. Em concreto e como perguntas de partida foram utilizadas as seguintes:

- Qual o melhor método de construção do painel de peritos?
- Qual o número de participantes a convidar?

- Qual o número máximo de rondas para obtenção de consenso?
- Como devem ser apresentados os itens para consenso?
- Qual o melhor método para recolha de dados?
- Qual o número adequado de itens na primeira ronda?
- Qual a escala de resposta mais indicada?
- Qual o critério de obtenção de consenso ou de rejeição de itens?

3.3. Recolha de dados

3.3.1. Por meio de fóruns

Na primeira fase do projeto (componente qualitativa do método de consenso), a recolha de dados foi feita por meio de três fóruns, coordenados pelo ONOCOP: um sobre obesidade infantojuvenil (realizado em Vilamoura a 19 de novembro de 2012), outro sobre obesidade na idade adulta (realizado em Lisboa a 16 e 17 de janeiro de 2011), e outro sobre obesidade na terceira idade (em Lisboa a 15 e 16 de janeiro de 2012).

Ainda que o projeto a que esta dissertação diz respeito não incida diretamente sobre a constituição dos fóruns e a metodologia para a recolha de dados neles realizada, tem interesse apresentar a sua descrição sucinta para melhor se poder enquadrar o trabalho de análise realizado neste projeto a partir dos dados recolhidos nesse âmbito.

Nos fóruns, foi promovido o debate de ideias entre peritos, através de técnicas de moderação baseadas nos métodos de conferências de consenso (em que a evidência disponível é apresentada durante a conferência/reunião, através da preleção de um conjunto mais limitado de peritos, que propuseram um “*estado da arte*” inicial) e de grupos nominais (em que é solicitado aos peritos que apresentem as suas ideias na reunião, de forma informal e construtiva). Ao contrário das conferências de consenso ou dos grupos nominais, não se procurou, em tempo de fórum, chegar a qualquer consenso ou construção de documento consensual. Os fóruns visaram única e exclusivamente a recolha de dados qualitativos, que permitiriam, com base na análise de conteúdo realizada no âmbito deste projeto, a geração de ideias, a submeter posteriormente à apreciação para consenso. Para o efeito, as conferências foram gravadas em áudio, sendo posteriormente transcritas de forma exaustiva, de acordo com o manual ou normas de transcrição construído especificamente para o projeto DELCO (Anexo I). No projeto de dissertação aqui apresentado, a base de dados (ou seja, o *corpus*) é constituída pelos conteúdos sobre tratamento da obesidade, uma vez que foram

excluídos do *corpus* os conteúdos sobre prioridades de investigação e de prevenção primária da obesidade. As categorias criadas no âmbito deste projeto estão organizadas por dimensão e por grupo etário, tendo sido utilizado um critério exaustivo, mas não mutuamente exclusivo, de seleção de categorias nos *verbatim*s dos três fóruns.

3.3.2. Por revisão sistemática de literatura

Os artigos encontrados com base nos critérios de pesquisa já apresentados na secção anterior, foram avaliados primeiramente através da leitura dos títulos e resumos, sendo identificados os mais relevantes, que depois foram reavaliados através da leitura do artigo completo. Os artigos excluídos foram os que se referiam a estudos que não se enquadravam na área pretendida, que relatavam apenas de forma muito superficial a aplicação da técnica de Delphi em alguma parte do estudo, ou que eram revisões de literatura, comentários ou publicações duplicadas. Nos artigos selecionados, os dados sobre os aspetos práticos de aplicação/operacionalização da fase quantitativa do método Delphi, foram resumidos através de uma grelha sinóptica com variáveis pré-definidas, e listadas no capítulo dos resultados.

3.4. Análise de dados

3.4.1. Análise de conteúdo

Como já referido, procedeu-se à análise dos conteúdos relativos ao tratamento da obesidade por análise exaustiva dos *corpus* (Anexos II, III e IV), seguindo-se uma abordagem *grounded theory* no que se refere à construção/identificação de categorias (apesar de este não se tratar de um estudo *grounded theory, strictum sensus*). As categorias e dimensões emergiram, na sua totalidade, da análise interpretativa dos conteúdos dos *corpus*. Para o efeito, seguiu-se o método de codificação teórica aberta linha-a-linha de Charmaz (122), com adoção do princípio da horizontalidade, significando isto que todas as ideias foram consideradas como tendo o mesmo valor, independentemente do número de vezes que foram mencionadas ao longo dos fóruns. Os dados foram inicialmente segmentados em unidades de texto (de acordo com o método de Charmaz) e o respetivo significado foi codificado, criando-se de seguida categorias que, por sua vez, foram agregadas em dimensões, em função dos conteúdos latentes comuns. Estas dimensões e categorias (apresentadas no Apêndice I) serviram de

base para a construção da lista de itens sobre estratégias de tratamento da obesidade, para posterior consenso entre peritos, através da componente quantitativa do método Delphi (a realizar numa fase posterior do projeto DELCO). Toda a análise de conteúdo foi realizada pela investigadora deste projeto, em conjunto com outros dois investigadores (um nutricionista e um psicólogo, este último, o coorientador deste projeto de investigação), de forma a maximizar a validade interpretativa da codificação dos dados (122).

3.4.2. Revisão sistemática de literatura

Os artigos identificados com base nos critérios definidos para a RSL foram avaliados quanto à sua relevância e interesse por dois investigadores (a investigadora deste projeto e um dos seus orientadores), de acordo com uma grelha de extração de dados, cujos itens foram selecionados com base no interesse em definir as formas de implementação de Delphi a utilizar neste projeto. Os dados considerados relevantes, nomeadamente os referentes à técnica utilizada, à seleção do painel de peritos, às características do questionário, ao número de rondas e intervalo temporal, à escala de resposta, à percentagem de adesão em cada ronda e ao critério de consenso utilizado, foram registados num ficheiro de trabalho, onde também se registaram o ano de publicação, nome da revista e respetivo fator de impacto e área de investigação/estudo (nutrição, obesidade, definição de políticas de saúde, etc.).

3.5. Aspetos éticos

O projeto de investigação apresentado nesta dissertação obteve o parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde do CHLN/FML a 24 de abril de 2013. De acordo com o que aí foi explicitado, a análise de conteúdo manteve o anonimato dos participantes, para o que foram extraídos do *corpus* (apresentado no Anexo II, III e IV) e dos *verbatim*-exemplo (apresentados no capítulo de resultados) quaisquer dados que permitissem a identificação do produtor desse discurso. Por outro lado, sendo este projeto parte integrante do DELCO, recebeu o patrocínio científico da Direção Geral da Saúde, com base numa proposta onde se referia que o convite a todos os participantes incluía uma explicitação detalhada do processo de investigação implícito aos fóruns e a garantia de confidencialidade dos dados recolhidos. Foi também assegurado o anonimato (ao nível do indivíduo) das ideias criadas nos fóruns, bem como das apreciações posteriores, na fase quantitativa do método Delphi (apreciação dos itens).

Foi ainda explicitado que a autoria do documento final de consenso sobre investigação, prevenção e tratamento da obesidade seria de todos os intervenientes do painel, mediante autorização expressa para tal, por parte de cada elemento.

4. Resultados

Neste capítulo, apresentam-se os resultados do estudo, estruturado em duas partes, correspondentes respetivamente à análise de conteúdo do discurso produzido pelos peritos participantes na primeira fase do projeto DELCO ao longo dos três fóruns realizados pelo ONOCOP (fase qualitativa do método Delphi para construção de consenso relativamente a estratégias de tratamento da obesidade) e à RSL sobre a utilização do método Delphi em contexto de tratamento da obesidade.

Como se pode ver nas Tabelas 3 e 4, participaram, no total, 96 peritos, representando diferentes grupos profissionais (médicos, nutricionistas/dietistas, fisiologistas do exercício físico, psicólogos, educadores, etc.) e diferentes instituições reconhecidas pelo seu papel fundamental no estudo, prevenção e/ou tratamento da obesidade.

Tabela 3. Grupos profissionais participantes nos fóruns realizados no âmbito do projeto DELCO

	1º Fórum	2º Fórum	3º Fórum	Total (nos 3 fóruns)
Antropólogos	0	1	1	2
Assistentes sociais	0	0	1	1
Enfermeiros	0	2	4	4
Farmacêuticos	0	0	2	2
Fisiologista do exercício físico	2	3	4	7
Jornalistas	1	1	2	3
Médicos	6	13	5	17
Nutricionistas	15	22	17	37
Psicólogos	3	7	9	17
Sociólogos	0	1	3	4
Representantes de doentes / cuidadores	2	1	1	2
Total	29	51	49	96

Tabela 4. Entidades/organizações participantes nos fóruns realizados no âmbito do projeto DELCO

Tipo	Instituições e entidades
Sociedades Científicas e Sócio-profissionais	Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral
	Associação Portuguesa de Dietistas
	Associação Portuguesa dos Nutricionistas
	Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade
	Associação Portuguesa de Geriatria e Gerontologia
	Instituto do Envelhecimento
Instituições de ensino	Departamento de Ciências da Nutrição do Instituto Superior de Ciências da Saúde
	Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
	Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
	Faculdade de Desporto e Educação Física da Universidade do Porto
	Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa
	Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz
	Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Media	Lusa, Agência de Notícias de Portugal
Associações de intervenção e/ou defesa dos direitos dos doentes/cidadãos	Associação de Obesos e Ex-obesos de Portugal (ADEXO)
	Confederação Nacional das Associações de Pais

4.1. Tratamento da obesidade: que prioridades?

Nos fóruns realizados pelo ONOCOP sobre obesidade (um dirigido a idades infanto-juvenis, outro a adultos e outro a idosos), uma das questões para discussão foi “*prioridades no tratamento da obesidade em Portugal*”. Após a transcrição integral dos conteúdos áudio relativos aos três fóruns (um total de 2570, 2873 e 2550 linhas, para o primeiro, segundo e terceiro fórum, respetivamente) (Anexo II, III e IV) e respetiva análise de conteúdo, emergiram 194 categorias de estratégias intervenção terapêutica (primeiro fórum: 86, segundo fórum: 73, terceiro fórum: 35, respetivamente nos Fóruns 1, 2 e 3).

Estas categorias foram posteriormente agrupadas em dimensões de intervenção terapêutica, que se apresentam na Tabela 5.

Tabela 5. Dimensões de análise

Estratégias globais
Formação/desenvolvimento de aptidões dos profissionais
Avaliação clínica da obesidade
Concetualização da intervenção clínica / postura terapêutica
Estratégias de intervenção nutricional
Estratégias de intervenção médico-cirúrgicas
Estratégias de intervenção ao nível da atividade física
Estratégias de intervenção psicológica
Organização / estrutura dos cuidados de saúde em obesidade

No Apêndice I é listada o conjunto total de categorias e dimensões, cujos conteúdos são resumidos nas secções seguintes, organizadas por dimensão e, quando necessário, por grupo etário, incluindo também os *verbatim*-exemplo que melhor documentam cada situação. Justifica-se esta organização porque, apesar da análise de conteúdo dos três fóruns ter resultado nas mesmas nove dimensões, verificaram-se algumas diferenças no conteúdo de cada fórum que importa salientar, dadas as especificidades de cada grupo etário.

Cada *verbatim* apresentado neste capítulo é acompanhado da referência ao fórum (F1 = idades infantojuvenil; F2 = adultos; F3 = idosos) e ao número da linha do *corpus* em que esse *verbatim* tem início (Anexo II, III e IV).

Dimensão 1: Estratégias globais

O painel reunido no I Fórum, dedicado à obesidade infantojuvenil [F1], teve início com a ideia de que “*a questão da prevenção acaba por ser o melhor remédio para o tratamento*” [F1; 1712]. Numa perspetiva de medidas globais, foi defendida a necessidade de introduzir modificações no ambiente em que a criança obesa vive, numa lógica de prevenção primária e secundária:

“Se nós tivermos um ambiente que é perfeitamente saudável e não é um ambiente obesogénico [...] vamos conseguir tratar melhor aquela criança que temos à nossa frente, que tem excesso de peso e obesidade” [F1; 1714]

Foi destacado que a adoção de atitudes e comportamentos mais salutogénicos está necessariamente dependente de uma aposta forte na educação para a saúde, promovendo a literacia sobre obesidade, tanto nas crianças como nos pais e sendo condição necessária mas não suficiente (*“Porque é certo que hoje em dia, a literacia, em termos de alimentação, em termos de saúde, em termos de atividade física, claramente é superior. Mas há um hiato muito grande, entre o que são aqui os nossos conhecimentos e [...] as nossas atitudes e os nossos comportamentos”* [F1; 1724]. Foi também referido ser necessário identificar os veículos de transmissão de conhecimento que otimizem a alteração de atitudes e de comportamentos (*“Não sei se os flyers são suficientes, se grupos, consultas de grupos, consultas com pais (...) workshops, em que junte pais e crianças. Não sei!”*) [F1; 1730]

Ainda como estratégia global, ao longo do fórum sobre obesidade em idades infanto-juvenis [F1], foi salientada a importância do estabelecimento de *guidelines* para tratamento nutricional (*“[Importa definir] O que é recomendado em termos de macro e de micro, sobretudo macronutrientes. E depois, [em termos] de alimentos propriamente ditos”*, sua distribuição e porções [F1; 319].

Já o painel reunido no II Fórum, dedicado à obesidade em adultos [F2], iniciou a discussão falando do tratamento que tem provado ser mais eficaz - a cirurgia bariátrica-, embora apenas com indicação para obesidades mais graves, acabando este por ser o tema que mais se destacou ao longo do debate.

Como estratégia global também se salientou o facto de existir *“alguma evidência que os indivíduos com menos escolaridade são também aqueles que poderão merecer maior atenção”* [F2; 1474], pois estes tendem a apresentar piores padrões de consumo alimentar/nutricional.

Destacou-se ainda a importância da alteração de estilos de vida no efeito positivo do controlo do peso corporal (*“nós aqui em Portugal também temos alguma evidência de que quem dorme mais (...) nomeadamente em crianças, pode ter menos frequência de excesso de peso e obesidade e menor massa gorda”* [F2; 1561] *“É preciso de facto*

formá-los, não só para hábitos alimentares adequados, mas também para aquilo que é, e que advém do exercício físico, [...] de facto é preciso apontar no sentido de promoção dos hábitos e estilos de vida saudáveis” [F1;1483])

No III Fórum, relativo à obesidade na terceira idade [F3], foi realçada a importância do reconhecimento da obesidade pelos profissionais de saúde, como uma condição de saúde relevante em idosos e a tratar, sendo esta importância demonstrada numa das intervenções, através de uma perspectiva economicista:

“Nós sabemos que o envelhecimento e a obesidade são duas fatias grandes que contribuem para o bolo de gasto com os cuidados de saúde, (...) tendo uma população cada vez mais envelhecida, se essa população for cada vez mais obesa, iremos ter então aqui um grave problema em termos económicos dos países desenvolvidos e iremos ter se calhar de ficar alerta e tentarmos que isto se reverta o quanto antes ou, pelo menos, numa primeira fase, que estagne.”

[F3; 1854]

Destacou-se também o valor preventivo (prevenção secundária) do tratamento cirúrgico nos idosos (*“a cirurgia pode ser um trabalho de prevenção que permite mais 10 ou 20 anos de uma boa qualidade de vida” [F3; 2261]*), tendo sido referida a importância da valorização do impacto global do tratamento (nomeadamente cirúrgico) da obesidade, na saúde e no aumento da QV (*“cirurgia que trata ao mesmo tempo hipertensão, diabetes, patologia do joelho, da anca, dislipidémia, que diminui mortalidade e diminui morbilidade” [F3; 2203]*), sendo considerado que a idade não deve ser um fator limitante.

Referiu-se ainda que a intervenção deve incluir educação terapêutica, que incluía também formação dada aos cuidadores informais (*“não esquecer [...] a importância da formação aos cuidadores, sejam eles familiares ou sejam eles os que estão na instituição” [F3; 1970]*). Por último, ficou a sugestão de investir na literacia em saúde, como forma de mudança de atitudes e padrões comportamentais (*“E é este problema da literacia, [cuja resolução] nós tanto gostaríamos de fazer chegar a estas pessoas”*) [F3; 2465].

Dimensão 2: Formação / desenvolvimento de aptidões dos profissionais

Nos três fóruns realizados, houve consenso relativamente à importância de investir na formação dos profissionais de saúde para a intervenção em obesidade (*“de facto, é preciso alguma preparação, algum treino”* [F1; 2510]).

Foi ainda defendida a importância de dar uma formação multidisciplinar aos profissionais de saúde, promovendo assim também a intervenção biopsicossocial (*“Uma coisa que eu acho de extrema importância quando a gente fala de saúde do idoso (...) é trabalhar a questão da multidisciplinaridade, [...] acho que o modelo que a gente ainda tem é o antigo, o modelo biomédico, [...] é uma barreira ainda, para melhores práticas para um envelhecimento mais saudável. Então eu defendo uma multidisciplinaridade no sentido em que todos os profissionais de saúde têm que estar mais preparados para que haja uma consciencialização maior de toda essa nossa população que está envelhecendo”*) [F3; 643], sendo contudo destacada a necessidade de uniformizar os formas e linguagens de intervenção entre os profissionais de saúde (*“essa é também a nossa metodologia de trabalho, formar e não só técnicos de saúde, mas também técnicos de educação, para que de uma forma concertada, possam efetivamente falar a mesma linguagem”*) [F1; 1392].

Salientou-se que se deve apoiar o doente em qualquer que seja o seu estado de decisão (*“ser capaz de suportar o processo e o momento em que ele se está, no seu estado de decisão”* [F1; 1906]. Estas posturas enquadram-se necessariamente numa atitude terapêutica de negociação, evitando contra-argumentações e posturas autoritárias (*“que os técnicos aprendam a ser mais persuasivos, do que coercivos”*) [F1; 1896].

No fórum dedicado às crianças e adolescentes, o discurso de um dos intervenientes foi no sentido da necessidade de formar os profissionais de saúde em entrevista motivacional. Foi também destacada a importância de uniformizar e dinamizar o discurso dos vários profissionais, no contexto de intervenção clínica:

“Porque é sabido que há muitas equipas multidisciplinares [...] mas se calhar nem há comunicação entre elas e se for preciso um profissional vai dizer uma

coisa e o outro vai dizer outra e isto cria conflito [...] no adolescente ou na criança.” [F1; 2278].

Foi também realçado que importa trabalhar as expectativas dos profissionais de saúde quanto à sua eficácia de intervenção (*“as expectativas são fundamentais. E, portanto, o facto de nós todos como profissionais de saúde nos sentirmos capazes, competentes, com a autoeficácia e com o conhecimento suficiente para sentirmos que somos capazes de produzir mudança no indivíduo, com quem estamos a trabalhar, e a nós próprios também, é fundamental.”*) [F1; 1877].

No fórum dedicado à população adulta, como principal medida de formação, os peritos salientaram a necessidade de formar/treinar os profissionais de saúde para a intervenção em cirurgia da obesidade, realçando que *“não existe nenhum projeto, nenhum programa de formação (...) para esta área”* [F2; 1869].

Dimensão 3: Avaliação clínica da obesidade

Do discurso do I Fórum, salientou-se a pertinência em definir quais os instrumentos de avaliação clínica da obesidade a utilizar em crianças e adolescentes.

Foi abordada a necessidade de avaliar a motivação para a mudança como componente da intervenção (*“Se não for avaliada [a] disponibilidade que a criança e os seus pais têm para a mudança, nada feito”*) [F1; 1736]. Foi sugerido ter em conta o estágio de mudança e os fatores de autoperceção deste problema de saúde e de *distress* associado, que possam fomentar a motivação para a mesma (*“Os obesos consideram-se mais inativos comparativamente com os normoponderais [...] consideram-se com um estilo de vida mais sedentário [...] isto indica-nos que eles têm a noção da sua inatividade física”*) [F1; 2292].

No que respeita a pressupostos de base, apontados como importantes no debate acerca da avaliação da intervenção terapêutica em adultos, foi salientado que é mais importante avaliar/monitorizar preditores dos resultados da cirurgia bariátrica (nomeadamente a redução ponderal) no pós-cirúrgico do que preditores pré-cirúrgicos (*“Portanto, parece*

que os preditores de resposta pré-cirúrgica não têm muito efeito nos resultados terapêuticos, é mais os preditores de resposta ou (...) os comportamentos alimentares pós-cirúrgicos que têm este efeito”) [F2; 1761] e que a avaliação de efetividade da cirurgia bariátrica deve passar também pela valorização da melhoria das comorbilidades (*“nós temos que valorizar muito, na resposta à cirurgia, a melhoria da comorbilidade”*) [F2; 2107].

Relativamente aos idosos, foi assinalado que a avaliação clínica do idoso com obesidade deve atender ao facto de poder haver malnutrição concomitante (*“Nós temos indivíduos desnutridos que às vezes até têm peso excessivo”*) [F3; 1909].

Defendeu-se também que importa definir os critérios de elegibilidade para cirurgia entre idosos e, no contexto do estabelecimento de critérios de efetividade terapêutica da obesidade, foi mencionado que a QV e a autonomia devem ser consideradas como indicadores [F3; 2341].

Dimensão 4: Concetualização da intervenção clínica / postura terapêutica

No que respeita aos pressupostos de base para a intervenção clínica na obesidade em crianças e adolescentes, foram deixadas algumas pistas. Relativamente à relação terapêutica, foi realçada a ideia de uma mudança de perspetiva, por parte dos profissionais e cuidadores de pessoas com obesidade, do “ser obeso”, para o “*estar obeso*” (*“Eu queria começar por dizer, que acho que não há crianças obesas e que (...) O que existem, são crianças que têm, num determinado momento da sua vida, excesso de peso, ou adolescentes que estão, num determinado momento, com uma obesidade”* [F1; 1844]). Foi também assinalado que o processo terapêutico não passa apenas por transmitir conhecimento (*“não é só o conhecimento que motiva as nossas escolhas”* [F1; 1860]), importando ter em conta que os processos de tomada de decisão são multideterminados (*“as contribuições afetivas, relacionais, sociais e outras, nessa produção final, daquilo que é a nossa escolha”* [F1; 1863]. Neste contexto, foi defendida a necessidade de adaptar a intervenção às crenças e valores do doente, *“independentemente delas serem ou não partilhados”* [F1; 1894] pelo terapeuta.

Tendo em vista a mudança terapêutica, foi afirmado que importa ter em atenção que a mesma está dependente das características do doente (*“as características do próprio indivíduo, que supostamente será capaz ou não de mudar”*) [F1; 1872] e da relação terapêutica (*“nós, enquanto profissionais de saúde, temos aqui o peso fundamental desta capacidade de ajudar ou não o outro a mudar”*) [F1; 1875]. Foi referido que, no processo terapêutico, *“eu tenho que ser capaz de aceitar os valores do outro”* [F1; 1893]. Neste sentido, importa intervir em função das necessidades no aqui e agora nos adolescentes (*“perfil imediatista”*) [F1; 1928] e nos *“problemas do dia-a-dia”* [F1; 1935], tendo também em atenção as questões da *“estigmatização, que é uma questão que os faz sofrer muitíssimo”* [F1; 1932]. Por outro lado, foi defendido que a aposta deve ser na manutenção do comportamento saudável, pelo que deve haver continuidade na intervenção (*“O que nós tentamos é que os comportamentos depois se mantenham ao longo do tempo”*) [F1; 1987].

Foi ainda salientado que importa personalizar o tratamento e fazer uma abordagem integrada e multidisciplinar e de aplicar à prática o conhecimento já disponível (*“temos conhecimento, temos massa crítica, o que é que falta? Falta, de facto, a gente passar ao terreno e desenvolvermos as atividades.”*) [F1; 2501].

Quanto à intervenção médica (não cirúrgica) na faixa etária mais jovem, destacou-se que *“temos, de facto, que utilizar de muita criatividade, a par de [...] fazermos as coisas baseadas na investigação que vamos desenvolvendo”* [F1; 1994]. Neste sentido, foi salientada a importância de investir na aliança terapêutica com a criança/adolescente (*“fundamental que o profissional se coloque do lado do adolescente”* [F1; 2304]). Do discurso, foi também possível deduzir que uma boa relação terapêutica poderá criar condições para motivar a pessoa com excesso de peso para estar ativamente envolvida na mudança, nomeadamente através da reconcetualização da etiologia do problema (passar de *locus* de controlo externo para interno).

Defendeu-se também que o controlo do peso implica um esforço individual constante (*“obriga a um esforço [...] e este querer é uma luta constante”*) [F1; 2163]. Este conceito vê-se reforçado pela ideia, recorrente, de que a mudança dos comportamentos alimentares é difícil e não passa apenas pela disponibilização de conhecimento (*“a*

pessoa tem diferentes alimentos no frigorífico, abre a porta e [...] está ensinado quais são os melhores e escolhe talvez os piores, ou faz as piores escolhas”) [F1; 2158].

No contexto da promoção da atividade física, foi destacada a importância de incluir os pais nos processos terapêuticos com crianças e adolescentes (*“a abertura de um programa para os pais [...] que aumentou significativamente, digamos, a frequência das próprias crianças”*) [F1; 2060].

Visando a obtenção de maior eficácia terapêutica, foi assinalado que importa mudar a perspetiva, as crenças e os hábitos dos pais antes de promover a alteração do comportamento das crianças:

“Porque se não houver uma interação direta com a família primeiro, ninguém vai conseguir tratar uma criança. Porque a criança ouve aqui uma coisa, mas depois chega a casa e tem a antítese de tudo aquilo que ouviu, por conseguinte, não serve de nada.” [F1; 2253]

Do discurso relativo aos adultos, foi possível deduzir a ideia de que o processo terapêutico deve ter em consideração a pressão social para a magreza bem como as crenças dos doentes, que resultam de fontes de informação não credíveis / questionáveis [F2; 2522].

Relativamente à importância do tratamento da pré-obesidade e da obesidade de grau I, face ao pouco impacto na saúde e ao possível efeito deletério dos tratamentos, a opinião dos peritos dividiu-se, tendo sido notório a necessidade de encontrar algum consenso acerca da forma de atuação nestes casos.

Foi defendido que o tratamento deve passar pela definição de objetivos partilhados (entre doente e profissional de saúde), que sejam realistas e exequíveis, não deixando de valorizar as expectativas do doente. Foi ainda referido que, durante o processo de tratamento, é importante ter em atenção a natureza das motivações para a perda do peso *“verificou-se nitidamente que os doentes que vinham empurrados pela família ou empurrados pelo médico a dizer “tens que perder peso”, não perdiam peso, ou perdiam*

muito menos do que os doentes que vinham de modo próprio e que sentiam que na realidade necessitavam de fazer qualquer coisa...porque esses é que vão fazer, os outros não acreditam e se não acreditarem obviamente que não vão fazer nada” [F2; 2568].

Acerca do estilo terapêutico destinado a idosos, realçou-se que o plano terapêutico subjacente à referenciação para tratamento da obesidade, em contexto hospitalar, deve ser esclarecido previamente (pelo médico de família) ao doente, pois muitas vezes *“há uma nítida falta de comunicação, de diálogo entre médico primário e o próprio doente”* [F3; 2434].

Os pressupostos-base apontados para a intervenção terapêutica da obesidade em idosos foram o facto de o tratamento da obesidade no idoso dever ter em conta os problemas de autonomia e de mobilidade que resultam de problemas osteoarticulares (*“a grande generalidade dos nossos doentes mais idosos tem grandes problemas de locomoção e de autonomia pelas duas coisas associadas: excesso de peso e problemas osteoarticulares”*) [F3; 2105].

Dimensão 5: Áreas/estratégias de intervenção nutricional

No fórum dedicado aos mais jovens foi defendido que, na ausência de algoritmos clínicos para o tratamento da obesidade, importa personalizar o tratamento, não sendo aceitável a *“entrega de protocolos de planos alimentares estandardizados”* [F1; 2481].

No II Fórum foi destacada a problemática da *“falta de trabalhos que permitam, com certeza, dizer qual é o efeito dos diferentes componentes da alimentação no controle do peso”* [F2; 1423].

Realçou-se também a necessidade de esclarecer os doentes relativamente à composição e confeção dos alimentos, com vista à obtenção dos seus benefícios na obesidade, tendo sido dado o exemplo da sopa, pois *“percebemos que as pessoas percebem como sopa coisas muito diferentes”* [F2; 1461].

Foi ainda referido que a integração de hortícolas, frutos e leguminosas na dieta individual pode traduzir-se em menor carga glicémica, com benefícios no controlo da fome e no perfil metabólico (nomeadamente no que se refere à *“glicemia, insulinemia e ácidos gordos livres”*) [F2; 1508]. Os peritos defenderam a necessidade de incentivar o consumo de alguns alimentos, nomeadamente das leguminosas (*“como um subgrupo interessante para o controlo do peso”*), [F2; 1484] que referiram traduzir-se numa menor carga glicémica na dieta. O incentivo dessas dietas foi exemplificado com a promoção de pratos tradicionais portugueses que as incluam [F2; 1487].

Os peritos deram ênfase a estratégias relativas ao *“padrão de refeições. O grande enfoque no pequeno-almoço... é também uma super-refeição para o controlo do peso”* [F2; 1544] e ao número de horas de sono.

Ao longo do debate, defendeu-se a necessidade de reduzir a densidade energética dos alimentos e de restringir as calorias ingeridas no seu total pois *“é muito mais o valor absoluto energético que parece ser mais importante”* [F2; 1610], sendo defendido que é a restrição calórica, e não os rácios de macronutrientes, que importa na abordagem nutricional da obesidade.

Foi igualmente destacado como importante a identificação da presença do comportamento de petisco contínuo, uma vez que este pode conduzir a menor eficácia do tratamento e à recuperação do peso perdido após a cirurgia, sendo necessária a *“prevenção de aumento de peso após a cirurgia, e depois a monitorização sistemática destes doentes, que tem que acontecer”* [F2; 1843].

Ainda no contexto da intervenção nutricional no adulto, foi destacado que *“os indivíduos com menos escolaridade são também aqueles que poderão merecer maior atenção, por serem aqueles que mais se afastaram quer do consumo de sopa, quer do consumo de hortícolas e mesmo de fruta, e [isto] nos dois sexos”* [F2; 1475].

Quando se abordou a intervenção nutricional no idoso, foi defendido que as propostas de mudanças alimentares devem ser feitas de forma a introduzir pequenas alterações, com base nas competências culinárias/alimentares e nos hábitos pessoais já existentes:

“Portanto, quando estamos a desenvolver as food based dietary guidelines para a população mais idosa, deveremos pensar no valor da cozinha tradicional. Nas coisas que são boas, que devemos aproveitar e que devemos manter e não tentar alterá-las radicalmente para coisas que àquela população não diz absolutamente nada. Vamos valorizar o que eles têm já de bom e o que eles fazem já de bom: as competências culinárias” [F3; 1922]

Foi também assinalado que a intervenção nutricional deve ser feita de forma gradual, introduzindo pequenas alterações, e tendo em conta aspetos idiossincráticos que passam pela forma como o idoso organiza a sua rotina diária e pelos recursos (financeiros, sociais,...) de que dispõe:

“Portanto, a distribuição de gordura, a par do seu aumento, vai também (...) ter uma influência marcada no nosso estado nutricional quando chegamos a uma idade mais avançada. As várias patologias, a medicação ou a polimedicação, que também ela interfere nos fenómenos de distribuição e absorção dos vários nutrientes. Os fatores sociais, o isolamento, a perda de cônjuge (...) as alterações na organização da nossa rotina diária, o próprio estatuto socioeconómico, a diminuição dos rendimentos, tudo isto irá marcar, sem dúvida alguma (...) o nosso estado nutricional. Irá talvez levar a uma maior dificuldade de acesso aos alimentos (...) poderá potenciar uma falta de interesse em relação à nossa alimentação. Poderá e irá certamente alterar as nossas necessidades nutricionais, as nossas capacidades de utilização dos nutrientes, e claro irá alterar o nosso estado nutricional” [F3; 1816].

Ainda como estratégias de intervenção nutricional no idoso, realçou-se a importância de adequar a intervenção às condicionantes fisiológicas dos idosos, sendo importante adaptá-la às suas preferências alimentares

“o envelhecimento é um processo normal, que, como normal que é, vai acarretar uma série de alterações fisiológicas em todos os nossos sistemas

orgânicos. (...) para além da diminuição da dentição, que vai sem dúvida nenhuma [interferir] com a alimentação, com as nossas escolhas alimentares. Se pensarmos um bocadinho, em coisas tão simples como a diminuição do número de papilas gustativas, a diminuição da capacidade de produção de saliva (...) Tudo isto irá interferir com o que nós escolhemos comer e com aquilo que nós realmente queremos comer quando estamos numa idade mais avançada. Quando chegarmos lá, certamente, que nos vamos lembrar que há coisas que vão mudando e que vão alterando as nossas escolhas” [F3; 1802].

Dimensão 6: Áreas/estratégias de intervenção médico-cirúrgica

As estratégias de intervenção cirúrgica foram abordadas principalmente no fórum sobre adultos e no fórum dedicado à terceira idade.

Referiu-se que, nos doentes que têm critérios para a cirurgia bariátrica, deve avançar-se o mais rapidamente possível (*“a obesidade que neste momento está dentro dos critérios para a cirurgia, acho que o que temos de fazer é avançar para tratamento cirúrgico”* [F2; 1862]). No entanto, foi referido que é importante que *“o doente reconheça, ou a pessoa que esteja [acompanhante / cuidador] reconheça, as implicações que a cirurgia vai ter e as competências que vai ter de por em prática.”* [F2; 2289].

No debate relativo à população adulta, focou-se a ideia de que o processo de intervenção terapêutica na obesidade, pela via da cirurgia bariátrica, deve ser iniciado através de uma consulta de avaliação multidisciplinar [F2; 1388].

Refletiu-se ainda acerca da possível alteração dos critérios para cirurgia bariátrica, para que possam ser elegíveis outros grupos de obesidade que não apenas a obesidade de grau III ou de grau II com comorbilidades, uma vez que *“ao contrário das expectativas iniciais, tem-se verificado a segurança da cirurgia e tem-se verificado que nos outros grupos de obesidade também há vantagem em tratar cirurgicamente”* [F2; 1882]. Foi também questionada a pertinência dos limites etários estabelecidos (18-65 anos), os

critérios psicossociais e os critérios de prioridade, sugerindo-se que estes podem ou devem ser alargados mediante a avaliação clínica, caso a caso [F2; 1985].

Os peritos referiram ainda que importa acompanhar, a longo prazo, os utentes submetidos a cirurgia bariátrica. Nesse sentido, o tratamento deve continuar após a perda de peso, visando a manutenção desse estado ponderal (numa perspetiva de continuidade do tratamento) [F2; 2673].

Relativamente ao tratamento farmacológico, foi assinalado que a prescrição de medicação para outros fins que não o tratamento da obesidade deve ter em conta o efeito da mesma no controlo do peso (*“todas as intervenções farmacológicas na obesidade, no tratamento das diferentes comorbilidades, devem ter em atenção o fator peso e a interferência”* [F2; 7427]). Foi ainda lançada a ideia de que a metformina pode ser utilizada especificamente para o tratamento da obesidade (*“há medicamentos, como seja a metformina, que podem ser aplicados em determinados casos”* [F2; 2443]).

Quanto aos idosos, foi defendido durante o debate que o critério da idade não deve constituir-se como limitante para a cirurgia bariátrica para tratamento da obesidade, sendo esta cirurgia considerada como *“eficaz e segura”* [F3; 2213] para a redução de peso em excesso e controlo de comorbilidade em idosos, tal como nas outras fases da vida adulta. Foi referida como vantagem da cirurgia bariátrica no idoso a possibilidade de curar a diabetes entre idosos obesos. Assim, foi lançada a ideia de que importa definir os critérios de elegibilidade para a cirurgia entre idosos [F3; 2108], bem como critérios para a escolha do tipo de cirurgia da obesidade (*“A nossa seleção é um índice de massa corporal abaixo de 45 sem comorbilidades importantes para pôr uma banda ou um bypass a um doente; acima de 45, apenas bypass; acima de 50, fazemos um programa de balão para bypass posterior”* [F3; 2170]).

Dimensão 7: Áreas/estratégias de intervenção ao nível da atividade física

O tema da atividade física foi especialmente salientado como relevante no fórum relativo a crianças e adolescentes e no fórum dedicado aos idosos.

Foi assinalado que importa dar especial atenção ao exercício físico como componente terapêutico na adolescência (*“damos um enfoque muito grande a esta parte do exercício físico”* [F1; 1987]), com ênfase à necessidade de criar parcerias que possibilitem intervenções para adolescentes com excesso de peso, como campos de férias, hortas pedagógicas (*“vale muito a pena tentarmos de facto ser criativos”* [F1; 1996]).

Segundo o discurso dos participantes, a prescrição da atividade física deve ser feita com base em objetivos específicos e personalizados, valorizando a questão da intensidade (*“não podemos pensar no tratamento da obesidade, sem pensarmos no aumento da intensidade [...] de exercício”* [F1; 2068]). Neste sentido, foi assinalado que, de um modo geral, esta alteração de comportamento é, inicialmente, sentida como desconfortável (*“o exercício, a prática da atividade física, em alguns momentos podem ser relativamente desconfortáveis”* [F1; 2075]). Em contraponto, foi referido que a atividade física deve ser proposta como *“um espaço suficientemente agradável para a prática entre pares”* [F1; 2077], ultrapassando o objetivo do controlo do peso e perspectivando-a como um fator de maior socialização.

Relativamente às crianças e adolescentes foi lançada a ideia de utilizar a escola como ambiente privilegiado de intervenção na área da atividade física. Neste contexto, foi destacado que, na composição do público-alvo de programas de atividade física, não se devem incluir apenas crianças e/ou adolescentes com excesso de peso, para reduzir o estigma associado a esta condição de saúde e evitar associação de atividade física como comportamento exclusivamente “terapêutico”, a adotar apenas em situação de excesso de peso (*“uma das questões importantes foi pensar como é que nós íamos abrir o programa, porque se abrirmos o programa só para meninas obesas, claro que não vai lá aparecer ninguém”*) [F1; 2087].

Foi também destacado que pode ser útil dar às crianças/adolescentes instrumentos simples de automonitorização como, por exemplo, os pedómetros (*“nós temos alguns critérios para a população infantojuvenil de passos diários, que podem ser traduzíveis numa perspectiva motivacional”* [F1; 2131]).

Já no fórum sobre obesidade na terceira Idade, surgiu a ideia de que importa trabalhar a percepção dos idosos relativamente à importância da atividade física para a saúde nestas faixas etárias (*“na atividade física ainda há um trabalho grande a fazer sobre consciencializar as pessoas sobre a importância da atividade física para a sua saúde e para o envelhecimento”* [F3; 563]).

Quanto às estratégias sugeridas para idosos ao nível da atividade física, foi discutido que importa aconselhar de acordo com a atividade pré-existente, sendo *“importante, percebermos o percurso, o estilo de vida e como se enquadra dentro de todo o sistema diário, a quantidade de exercício que se lhes propõe”* [F3; 1655]. Foi também referido que, em idosos com obesidade mórbida, o aumento da atividade física deve iniciar-se com exercícios em meio aquático (*“O mais adequado nestes casos é de facto começar o exercício, por exemplo, em meio aquático, em que retiramos completamente o efeito da gravidade”* [F3; 2359]).

Dimensão 8: Áreas/estratégias de intervenção psicológica

No fórum referente a crianças e adolescentes foi destacado que importa trabalhar as questões da autoimagem e da motivação, nomeadamente a percepção da sobrecarga ponderal e a autoperceção do estado geral de saúde, da satisfação e da QV (*“estes miúdos percebem e avaliam [...] a sua saúde como mais precária”* [F1; 1951]).

A questão dos *“comportamentos não saudáveis de controlo de peso”* [F1; 1966], nomeadamente os distúrbios de comportamento alimentar e o uso de produtos para emagrecer, foi também destacada como constituindo um dos fatores a ter em conta no momento da avaliação clínica da criança/adolescente com obesidade.

No que respeita à intervenção do psicólogo no adulto, no contexto da cirurgia bariátrica, foi referido que é preferível um *“processo de intervenção psicológica não avaliativa”* [F2; 1727] dos candidatos, sendo também importante ter em conta que o comportamento alimentar e a atividade física são variáveis compostas e não dicotómicas:

“o comportamento alimentar e o exercício físico são variáveis múltiplas, de facto são e parece que se começa a centrar a direção para fatores compostos e

não para variáveis singulares como a presença ou ausência de perda de controlo sobre a alimentação, a presença ou ausência de exercício físico; é importante é que sejam avaliados fatores compostos e que nós, na intervenção (...), tenhamos isto em atenção.” [F2; 1741]

Relativamente ao papel do psicólogo no processo cirúrgico, salientou-se a importância do acompanhamento psicológico:

“[...] a cirurgia da obesidade implica uma grande capacidade de ajuste a novos estilos de vida, seja alimentação, seja exercício físico, ou outros hábitos mais saudáveis. Portanto, isto implica [...] uma abordagem que integre a promoção de (...) alterações comportamentais no estilo de vida. Uma avaliação específica e uma intervenção psicológica, que são competências exclusivas dos psicólogos” [F2; 1663]

No entanto, foi mencionado que *“cada vez mais o papel da psicologia deverá ser criar condições, não vetar, como inicialmente se dizia, mas criar condições para os resultados cirúrgicos, mas depois no pós-operatório ser também uma intervenção no sentido de otimizar resultados” [F2; 2117].*

Foi ainda referido que é importante *“refletir sobre o número e a periodicidade das consultas, sobre a formação e o treino específico”* dos psicólogos no contexto da cirurgia da obesidade [F2; 1837].

No que toca às estratégias psicológicas de intervenção no idoso, foi referido que a intervenção deve ter em conta a prontidão para a mudança relativamente aos diferentes comportamentos a implementar, *“porque a mudança, sabemos que clinicamente, a mudança do idoso será sempre difícil de fazer. Se já é difícil no adulto, provavelmente será mais enraizado, mais estruturada está, mais difícil será de fazer” [F3; 1005].* Assim, *“isto tem de ser estudado, não vale a pena começar a falar às pessoas sem saber primeiro o que é que elas estão disponíveis para mudar” [F3; 773],* devendo ser feitas mudanças graduais e *“não tentar alterá-las radicalmente” [F3; 1944].*

Dimensão 9: Organização/estrutura de cuidados de saúde em obesidade

Em todos os fóruns se reforçou a ideia de que a intervenção deve ser feita por equipas multiprofissionais (incluindo médicos, nutricionistas, psicólogos, fisiologistas do exercício, ...) sendo que *“têm que estar bem definidos quais são [...] os critérios e a metodologia de funcionamento desta equipa multidisciplinar”* [F1; 1757], *“A equipa que é constituída pelo cirurgião, pelo médico que poderá ser endocrinologista, pelo psicólogo (...) e pelo nutricionista, tem que estar sempre em bloco. O doente tem que ser obviamente visto por cada um destes indivíduos e depois deverá haver uma consulta em que todos estão.”* [F2; 2324]). Foi ainda realçada a importância de definir o campo de intervenção de cada profissional e ter em conta também a alocação de tempo suficiente de contacto clínico, em função da especialidade, pois o tempo *“é um constrangimento notável, digamos assim, numa consulta que se pretende que obtenha bons resultados”* [F2; 2828]. Referiu-se ainda que é necessário otimizar mecanismos de comunicação/articulação, utilizando uma linguagem comum entre os profissionais que constituem as equipas multiprofissionais nos centros de tratamento da obesidade, pois a multidisciplinaridade *“tem de ser mais que apenas a mera soma das partes”* [F2; 2369]. Apontou-se também como importante a uniformização dos processos de funcionamento das equipas dos centros de tratamento da obesidade.

Transversalmente aos três fóruns, destacou-se também a ideia de descentralizar o país. Defendeu-se que se deve evitar a centralização dos cuidados de saúde relacionados com a obesidade nos hospitais, nomeadamente através da promoção da avaliação e tratamento nos centros de saúde (*“há sempre uma tentativa de centralizar no hospital todos os cuidados de saúde. Devemos resistir a essa tentação. Os cuidados de saúde devem estar centralizados nos cuidados de saúde primários”* [F2; 1963]), tendo sido proposto reservar-se aos hospitais a intervenção em casos de obesidade grave, restringindo-se a sua atividade terapêutica à cirurgia bariátrica e ao *follow-up* da cirurgia (*“o grupo hospitalar deve estar centrado em algo específico, e neste caso, na cirurgia”* [F2; 1972]). Defendeu-se ainda que os cuidados de saúde primários serão o *“local de excelência para se iniciar logo o tratamento”* [F1; 1766].

Ainda neste contexto de articulação entre unidades de saúde, salientou-se a importância de implementar um sistema de informação integrado, com capacidade de migração de dados entre plataformas de registo a nível nacional (entre centros de saúde e hospitais), com informação clínica detalhada (incluindo informação sobre peso) sobre o doente obeso. Sendo *“importante que haja comunicação entre os centros de saúde ou cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares”* [F2; 2297], relativamente aos doentes candidatos e/ou submetidos a cirurgia bariátrica.

Realçou-se também a importância da monitorização dos resultados terapêuticos e que a mesma deve ser feita através de um sistema baseado em indicadores objetivos (*outcomes* terapêuticos):

“Tem que haver um Sistema de Avaliação e de Monitorização. Tem que haver um conjunto de indicadores, que monitoriza. Se está a obter resultados, ou não. E se não [obtiver] resultados, provavelmente, poderá ter que ser encerrada, porque não está a cumprir os seus objetivos” [F1; 879].

Surgiu também a sugestão de criar um sistema de gestão e monitorização dos doentes durante todo o processo cirúrgico, sendo importante definir a informação clínica (peso, altura, peso máximo na biografia do doente, comorbilidades) a incluir na plataforma SIGIC (sistema integrado de gestão de inscritos para cirurgia), incluindo a informação recolhida ao longo dos 3 anos de seguimento, *“para que na avaliação dos resultados da cirurgia se avalie não só a melhoria do peso mas [também] da comorbilidade”* [F2; 2106].

Referiu-se ainda que *“também se poderia pensar logo de seguida na rede de referência”* [F1; 1771], com e sem indicação para cirurgia bariátrica e com definição de algoritmos de referência e de *“critérios de referência [...] bem definidos”* [F1; 2013]. Um dos intervenientes acrescentou que importa definir critérios de prioridade nas listas de espera para tratamento, assinalando que *“nós temos gente a morrer nas listas de espera por falta de tratamento”* [F1; 2450]. Tendo sido ainda referido que *“É muito importante que esta referência venha para público, o mais depressa possível”* [F1; 2173]. Ainda na lógica da referência para os centros de tratamento especializado da obesidade infantil, foi assinalada a necessidade de os

mesmos serem divulgados junto dos médicos de família (*“Se calhar, os profissionais que estão no terreno, os médicos de família no seu centro de saúde, não conhecem quais são estes centros”* [F1; 1776]).

No fórum de obesidade em crianças e adolescentes, foi referida a necessidade de aumentar os recursos humanos afetos ao tratamento da obesidade infantil e foi sugerido criar a consulta de obesidade infantil, no contexto das Unidades de Saúde Familiar, como carteira adicional (*“abria-se a porta a poder haver nas USF [...] consultas, por exemplo, relacionadas com a obesidade infantil”* [F1; 865]). Assim como no fórum relativo a adultos, foi destacada a necessidade de desenvolver (aumentar a capacidade) das unidades de cirurgia da obesidade existentes (*“nós temos pelo menos 400.000 obesos graves em Portugal, o que equivale no mínimo a 5000 novos doentes por ano. Estamos a operar 2000, portanto, neste momento, não estamos sequer a operar o número de doentes novos, quanto mais a entrar no acumulado de doentes”* [F2; 2726])

Nos fóruns relativos a obesidade em crianças/adolescentes e à obesidade em idosos, numa lógica de melhorar o acesso ao tratamento dos indivíduos com obesidade, foi assinalado que deve ser ponderada a comparticipação dos custos com medicação para obesidade (*“as comparticipações dos medicamentos, que continua a não existir”* [F1; 2434]), (*“Temos um doente que faz um bypass gástrico, que necessita absolutamente de medicamento, e esse medicamento não tem comparticipação. Eu tenho doentes em seguimento que me dizem que não têm dinheiro para comprar os medicamentos. Isto é gravíssimo. Estamos a investir (...) recursos financeiros importantes, que depois os pequenos custos financeiros que são necessários para manter a qualidade do resultado do doente, vamos perdê-lo. Um doente que faça uma complicação nutricional, custa mais caro do que a suportar os tratamentos a um grupo pequeno de doentes. Porque, apesar de tudo, os doentes operados é um grupo pequeno de doentes.”* [F3; 2525]).

Foi referido que *“pelo menos em Portugal a legislação [referindo-se aos critérios de referenciação para cirurgia] que saiu, saiu de uma forma desenquadrada”* [F2; 1993], sendo necessária a revisão dos critérios. Numa perspectiva mais economicista, focou-se também outro *“dos problemas: o pagamento destas cirurgias”* [F2; 2206], realçando-se

a importância de determinar um custo padrão para os processos de cirurgia bariátrica, de modo a rever as contratualizações do Sistema Nacional de Saúde com os centros de tratamento.

Relativamente a estratégias políticas/legislativas/normativas aplicadas a idosos, de um modo global, foram referidas as ideias de que o modelo de financiamento e contratualização da cirurgia bariátrica, para tratamento da obesidade, deveria ser similar ao de outras cirurgias.

Referiu-se também como importante o investimento no tratamento/prevenção secundário da obesidade, ao nível dos cuidados de saúde primários, e que importa integrar a intervenção na área do exercício físico nas estruturas do sistema nacional de saúde (hospitais, centros de saúde) (*“uma resposta organizada, dentro do sistema de saúde de ligação à atividade física não existe. Esta é a grande lacuna que a gente tem nesta terapêutica.”* [F3; 2380]).

Foi também referido que os cuidados de saúde dirigidos às populações idosas implicam integração de serviços, nomeadamente através do sistema de cuidados continuados integrados (*“será cada vez mais importante intervir continuamente em termos de apoio e cuidados. (...) a auxiliar as pessoas que às vezes se encontram mais isoladas nas suas casas”* [F3; 1849]).

Acerca dos idosos, os peritos deixaram também algumas pistas, voltando a reforçar que o critério da idade não deve constituir-se como limitante para a cirurgia bariátrica para tratamento da obesidade, que importa definir os critérios de elegibilidade para cirurgia entre idosos e que, por último, importa aumentar a acessibilidade dos doentes à cirurgia bariátrica.

“Não é possível dizer que um doente só pode ser operado depois da falência de todas as opções conservadoras, quando (...) não existe nenhuma opção conservadora que tenha, enfim (...) que tenha sido demonstrada cientificamente a sua eficiência. Mesmo [relativamente] a patologia psiquiátrica, existem inúmeros estudos neste momento que mostram que doentes com doenças bipolares, com síndromes depressivos, inclusive com

esquizofrenia, podem ser operados com segurança e com eficácia. E (...) por isso (...) os limites em Portugal neste momento estabelecidos são com índice acima de 35, com idade entre 18 e 65 anos, com obesidade com critérios cirúrgicos há mais de 5 anos, com falência terapêutica médica e a compreensão da cirurgia. De todos estes parâmetros aqueles que ainda hoje consigo subscrever é o último, um doente que não consegue compreender a cirurgia que faz não pode ser operado: vai ter problemas graves com a sua cirurgia porque não vai ter a adesão aos cuidados que é preciso.” [F3; 2136].

Nesta fase do projeto, com base na análise de conteúdo dos discursos recolhidos ao longo dos três fóruns, foram definidas propostas de estratégias de intervenção clínica para a obesidade (a vários níveis, desde organizacionais até de relação entre profissionais de saúde e doentes). As ideias expostas ao longo deste sub-capítulo foram posteriormente sintetizadas, analisadas e organizadas de modo a constituírem uma lista de itens que farão parte do formulário a ser preenchido pelos peritos integrados na segunda fase do método Delphi, para construção do consenso sobre o que é prioritário implementar ao nível de estratégias de intervenção clínica em obesidade.

4.1.1. Definição de itens para formulário Delphi

Com base nas tabelas do Apêndice I, sintetizaram-se as categorias e as dimensões em itens estratégicos para o tratamento da obesidade, com o objetivo de melhor operacionalizar este instrumento de trabalho. As Tabelas 6 a 13 apresentam a lista de itens, resultante da integração dos resultados obtidos nesta primeira fase do projeto DEICO e que irão constituir a base para o formulário a ser apreciado pelos peritos integrados na segunda fase do método Delphi, para construção do consenso sobre o que é prioritário implementar ao nível de estratégias de intervenção clínica em obesidade.

A apreciação de cada item, pelos peritos, será feita através de resposta quanto à relevância de cada estratégia/medida terapêutica, segundo uma escala de cinco pontos (de “1=completamente irrelevante”, a “5=Muito relevante”), decorrente dos resultados da revisão sistemática de literatura, discutidos na secção seguinte.

Tabela 6. – Itens para consenso: Postura terapêutica

1	Evitar o uso exclusivo do paradigma da prescrição/orientação
2	Promover continuidade da intervenção, tendo em vista a manutenção do comportamento audável
3	Adequar a intervenção às crenças e valores do doente
4	Basear a intervenção na premissa de que o controlo do peso implica esforço individual constante
5	Promover a mudança de <i>locus</i> de controlo externo para interno
6	Promover a automonitorização da atividade física (uso de podómetros, ...)
7	Promover a automonitorização do peso
8	Adotar entrevista motivacional como estilo de relação terapêutica
9	Adotar uma postura de negociação com o doente
10	Adequar expectativas dos profissionais de saúde relativamente à efetividade terapêutica
11	Investir na reestruturação cognitiva do conceito de "estar obeso" (em vez de "ser obeso")
12	Valorizar as características do doente (idade, sexo, nível educacional, etc.) no tratamento
13	Apoiar/validar as decisões do doente
14	Investir na aliança terapêutica
15	Trabalhar autoimagem e percepção de sobrecarga ponderal
16	Trabalhar motivação para a mudança
17	Investir na autopercepção de melhoria do estado geral da saúde e da qualidade de vida
19	Integrar técnicas de entrevista motivacional com outras técnicas de intervenção
20	Intervir no ambiente obesogénico como instrumento terapêutico
21	Intervir em função das necessidades imediatas percebidas (dificuldade em planear a médio/longo prazo)
22	O médico de família deve esclarecer ao doente o plano terapêutico subjacente à referenciação para tratamento da obesidade em contexto hospitalar.
23	A intervenção deve ter em conta a prontidão para a mudança relativamente aos diferentes comportamentos a implementar

Tabela 7. – Itens para consenso: Avaliação Inicial / Monitorização Terapêutica

1	Avaliar a motivação para a mudança como componente da intervenção
2	Identificar comportamentos de controlo de peso não saudáveis (distúrbios comportamento alimentar...)
3	Monitorizar a efetividade clínica com base em indicadores objetivos (<i>outcomes</i> terapêuticos)
4	Avaliar comorbilidades como indicador de sucesso da cirurgia bariátrica
5	Considerar a manutenção do peso como critério de sucesso (e não apenas a perda de peso)
6	Avaliar a percepção individual de pressão social para a magreza
7	Monitorizar regularmente doentes submetidos a cirurgia bariátrica
8	Iniciar o processo de cirurgia bariátrica com uma avaliação multidisciplinar
9	Avaliar o comportamento de petisco contínuo
10	Avaliar existência de malnutrição no idoso com excesso de peso/obesidade
11	A qualidade de vida e a autonomia (em idosos) devem ser considerados como indicadores de efetividade terapêutica da obesidade
12	Avaliar influência de problemas osteoarticulares na autonomia e mobilidade no idoso com excesso de peso/obesidade

Tabela 8. - Itens para consenso: Educação para a saúde em contexto de obesidade

1	Promover a literacia sobre obesidade nos jovens obesos e seus pais/cuidadores
2	Basear a intervenção na premissa de que a mudança dos comportamentos alimentares não passa apenas pela disponibilização de conhecimento
3	Mudar as perspetivas, crenças e hábitos dos pais antes de promover alteração comportamental nos jovens
4	Alertar o doente para o desconforto inicial associado ao aumento da atividade física
5	Garantir que o doente compreende as implicações e as consequências da cirurgia bariátrica
6	Promover higiene do sono
7	Informar cuidadores informais sobre obesidade e seu tratamento
8	Promover literacia em saúde como forma de mudança de atitudes e padrões comportamentais (prevenção secundária)

Tabela 9. – Itens para consenso: Organização dos serviços/cuidados

1	Uniformizar o discurso dos profissionais aquando da intervenção
2	Intervenção com equipas multiprofissionais (médicos, nutricionistas, psicólogos, fisiologistas do exercício, ...)
3	Promover intervenções criativas (campos de férias, hortas pedagógicas, ...)
4	Incluir os pais nos processos terapêuticos com crianças e adolescentes
5	Promover intervenções em grupo
6	Criar uma rede de referenciação com definição clara de algoritmos de referenciação
7	Divulgar os centros de tratamento especializado da obesidade infantil entre os médicos de família / ACES / USF
8	Implementar Centros de Tratamento Acreditados para o Tratamento da Obesidade, que não sejam exclusivamente dirigidos para a cirurgia bariátrica
9	Criar a consulta da obesidade infantil como Carteira Adicional (no contexto das USF), com intervenção padronizada, e com contratualização e pagamento à parte
10	Permitir acesso à cirurgia bariátrica a menores de 18 anos
11	Uniformizar instrumentos de avaliação clínica
12	Definir critérios e métodos de intervenção de cada profissional (em equipa multiprofissional)
13	Utilizar escola como ambiente privilegiado de intervenção
14	Aumentar recursos humanos afetados ao tratamento da obesidade
15	Desenvolver (aumentar a capacidade) das unidade de cirurgia da obesidade
16	Investir na articulação entre profissionais de saúde constituintes de equipas multiprofissionais
17	Integrar outros profissionais(enfermeiros, assistentes sociais,...)na intervenção com pré-obesos/obesos
18	Informar o público em geral sobre os critérios de referenciação para a cirurgia bariátrica
19	Definir critérios de prioridade nas listas de espera para tratamento da obesidade
20	Descentralizar os serviços multiprofissionais de tratamento da obesidade (de Lisboa/Porto)
21	Priorizar intervenção com indivíduos com menor escolaridade
22	Investir no treino de profissionais de saúde para intervenção em contexto de cirurgia bariátrica
23	Investir no tratamento da pré-obesidade e de obesidade ligeira (grau I)
24	O tratamento da pré-obesidade e da obesidade grau I deve ser feito fora do contexto hospitalar (em cuidados de saúde primários)
25	Os hospitais devem restringir a sua intervenção aos casos de obesidade grave (nomeadamente, para cirurgia e seu <i>follow-up</i>)
26	Os centros de tratamento da obesidade devem tratar todo o espectro do excesso de peso: desde a pré-obesidade até à obesidade grau III
27	Permitir acesso à cirurgia bariátrica a maiores de 65 anos
28	Separar avaliação psicológica de intervenção psicológica (diferentes profissionais para cada)
29	Definir número e periodicidade adequadas de consultas (médicas, de nutrição e psicológicas) para tratamento da obesidade
30	Criar um sistema de gestão e monitorização dos doentes durante todo o processo cirúrgico
31	Criar a figura de gestor de caso clínico (de entre os profissionais da equipa), no tratamento da obesidade

Tabela 10. – Itens para consenso: Organização dos serviços/cuidados

32	Implementar um sistema de informação integrado entre unidades de cuidados de saúde primários e hospitais, com informação clínica detalhada
33	Definir informação clínica a incluir na plataforma SIGIC, para avaliação da efetividade da intervenção
34	Uniformizar processos de funcionamento das equipas dos centros de tratamento da obesidade
35	Determinar custo padrão para processos de cirurgia bariátrica
36	Integrar os especialistas em exercício físico nas equipas multiprofissionais dos centros de tratamento da Obesidade
37	Dar uma formação multidisciplinar aos profissionais de saúde, promovendo assim a intervenção biopsicossocial
38	Investir em prevenção secundária da obesidade ao nível dos cuidados de saúde primários
39	Os cuidados de saúde dirigidos às populações idosas implicam articulação com o sistema de cuidados continuados integrados
40	Importa criar o modelo de cheque-cirurgia para a cirurgia bariátrica
41	Importa integrar a intervenção na área do exercício físico nas estruturas do sistema nacional de saúde (hospitais, centros de saúde)

Tabela 11. – Itens para consenso : Abordagem nutricional

1	Criar guidelines de prescrição dietética em termos de macro e micronutrientes, sua distribuição e porções
2	Implementar o hábito de pequeno-almoço
3	Valorizar o consumo da sopa como estratégia nutricional para o controlo do peso, esclarecendo sobre a forma de a confeccionar
4	Incentivar o consumo de leguminosas
5	Apostar na restrição calórica (e não apenas no rácio de macronutrientes)
6	Adequar a intervenção nutricional às condicionantes fisiológicas dos doentes
7	Adequar a intervenção nutricional às preferências alimentares dos doentes
8	Adequar a intervenção nutricional aos aspetos idiossincráticos do doente (forma como organiza a sua rotina diária, recursos de que dispõe, ...)
9	As propostas de mudanças alimentares devem ser feitas de forma a introduzir pequenas alterações, com base nas competências culinárias/alimentares e nos hábitos pessoais já existentes

Tabela 12. – Itens para consenso: Promoção da atividade física

1	Valorizar o exercício físico como componente terapêutico
2	Promover atividade física entre pares (como fator de socialização)
3	Não incluir apenas jovens com excesso de peso (evitando discriminação) em programas de promoção de atividade física
4	Importa trabalhar a percepção de importância atribuída à atividade física, para a saúde
5	Importa adequar o aconselhamento de atividade física ao nível de atividade pré-existente
6	Em idosos com obesidade mórbida, o aumento da atividade física deve iniciar-se com exercícios em ambiente aquático

Tabela 13. – Itens para consenso: Abordagem médica/cirúrgica

1	Prevenir a recuperação do peso perdido após cirurgia bariátrica
2	Preparar o utente para a cirurgia bariátrica (do ponto de vista psicológico)
3	Apostar na modificação comportamental sustentável em doentes candidatos e submetidos a cirurgia bariátrica
4	Alargar os critérios de elegibilidade/referenciação para cirurgia bariátrica a outros graus da obesidade
5	Considerar como critério para cirurgia bariátrica o peso máximo, da história individual do doente, e não o peso atual
6	Considerar diabetes como critério de prioridade para cirurgia bariátrica
7	Definir critérios psicossociais que limitem o acesso à cirurgia bariátrica
8	A avaliação psicológica deve ser orientada para otimizar resultados terapêuticos da cirurgia (e não para limitar o acesso à mesma)
9	Ter em conta o efeito de ganho ponderal associado a medicação indicada para outros fins clínicos (que não a obesidade)
10	Utilizar a metformina para o tratamento da obesidade
11	O <i>follow-up</i> da cirurgia bariátrica deve ser feito, em contexto hospitalar, durante 3 anos
12	Definir os critérios de elegibilidade para cirurgia entre idosos
13	Importa definir critérios diferenciais de escolha de tipos de cirurgia bariátrica
14	A escolha entre banda e bypass deve ser negociada com o doente

4.2. Construção de *guidelines* de construção de consenso através de painéis Delphi – Revisão Sistemática de Literatura

Por pesquisa nas bases de dados PUBMED, EBSCO e RCCAP, e tendo em conta os critérios previamente definidos (descritos no capítulo sobre métodos), foram identificados 758 artigos publicados entre julho de 2008 e julho de 2014 e que aplicavam Delphi em áreas relacionada com obesidade. Destes, foram excluídos 295 por serem artigos duplicados. De seguida, foram excluídos 378 artigos com base no título e/ou no resumo, por não corresponderem aos critérios de pesquisa. Dos artigos selecionados, 64 acabaram por ser também excluídos com base na análise do texto completo, 61 porque se verificou que, de facto, não se enquadravam na área pretendida, 2 porque não aplicavam o método Delphi e 1 por remeter para um outro artigo já incluído. Foram assim incluídos 21 artigos para recolha e análise de dados sobre formas de implementação da técnica Delphi. Em dois casos, o mesmo estudo era reportado por dois artigos distintos e, embora com objetivos diferentes, ou em fases diferentes do estudo, descreviam o mesmo método (variando nos detalhes acerca do mesmo). Nesses casos, ambos os artigos foram descritos na tabela de extração de dados; no entanto, relativamente aos somatórios das especificidades da aplicação do método Delphi, foi apenas considerado o estudo mais recente ou mais completo, sendo por esse motivo, considerado um total de 19 estudos. O diagrama da seleção dos artigos é o que se apresenta na Figura 2, sendo que as referências dos artigos incluídos são listadas no Apêndice II e a tabela com as Contagens Resumo é apresentada no Apêndice III.

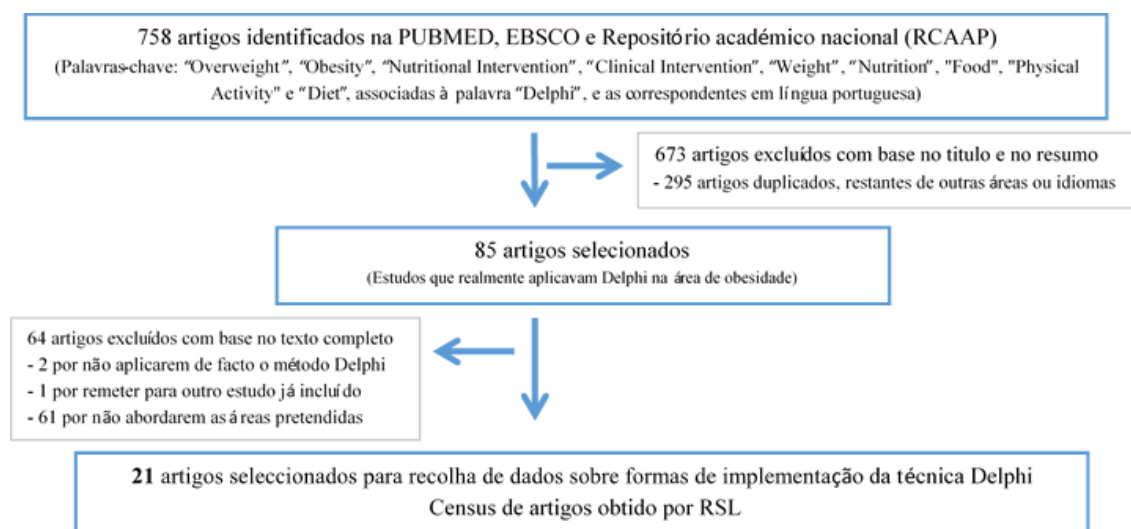


Figura 2 – Diagrama de seleção dos artigos identificados na revisão sistemática da literatura (RSL)

A Tabela 14 contém o resumo das características gerais dos artigos analisados, organizado da seguinte forma: na coluna mais à direita está indicada a qualidade dos artigos, avaliada pelos dois investigadores (a autora desta dissertação e um investigador do projeto DELCO) que procederam à sua apreciação crítica e independente. Esta apreciação de qualidade foi feita com base no nível de detalhe metodológico dos estudos e na relevância de cada um, considerando os objetivos deste projeto e o fator de impacto de cada artigo. Como se pode verificar, a classificação dos artigos feita nessa base varia entre 1 e 5, numa escala tipo Likert de cinco pontos (com uma média de 3,6).

O gráfico da Figura 3 mostra a distribuição dos artigos selecionados, por ano de publicação. Os artigos, à exceção de um, foram publicados em revistas indexadas (Figura 4), sendo de 2,615 a média anual do fator de impacto dos estudos analisados, a variar entre um mínimo de 0,811 e um máximo de 4,284.

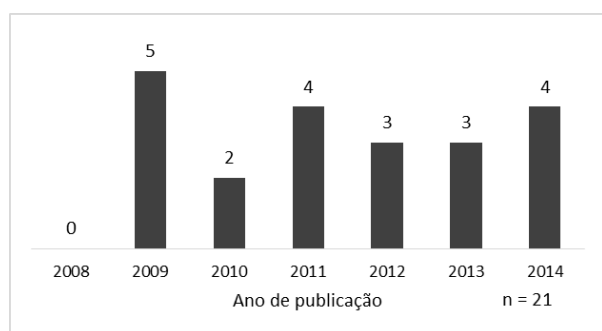


Figura 3 – Distribuição dos artigos selecionados, por ano de publicação

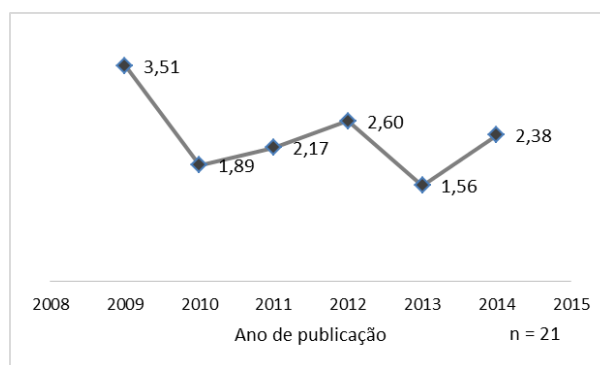


Figura 4 – Média anual dos FI dos artigos selecionados

Em relação às áreas de estudo (Figura 5), 37% dos artigos incidem especificamente em obesidade e, em igual proporção, em nutrição; apenas 5% nas mudanças comportamentais ligadas ao controlo do peso; a atividade física e políticas de saúde ligadas ao controlo de peso foram o foco de 21% dos artigos. A maioria (63,2%) dos estudos tinham um âmbito nacional, 26,3% visou estabelecer consensos internacionalmente e 10,5% desenvolveram-se apenas a nível regional/local.

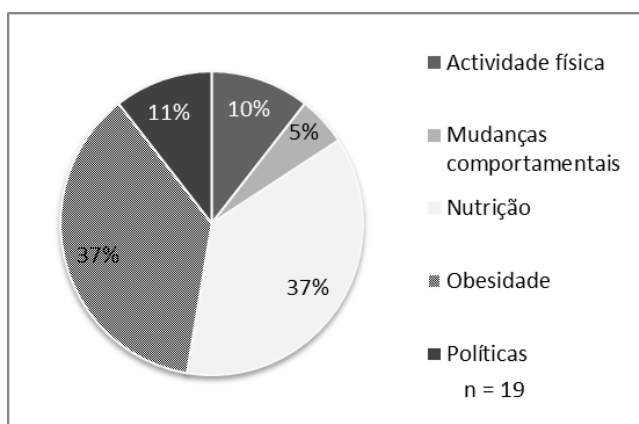


Figura 5 – Distribuição das áreas de estudo dos artigos selecionados

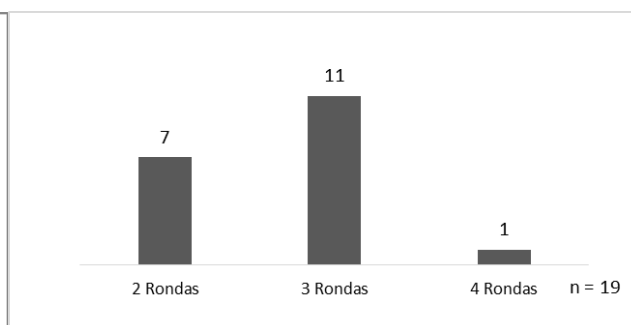


Figura 6 – Número de rondas utilizado

Estão também em maioria (63,15%) os estudos que referem utilizar o método Delphi tradicional, sendo que 26,3% classificam o método utilizado como “*Delphi modificado*”, principalmente por o associarem a outras técnicas de consenso.

O método de construção do painel de peritos foi maioritariamente (94,7%) feito por amostragem não probabilística, através do contacto com profissionais da área, listas de e-mails de instituições/organizações e pesquisa de autores na Pubmed, sendo frequentemente utilizado, adicionalmente, o método de bola de neve (pediam aos peritos para convidar outros peritos a participar). O critério de inclusão mais frequentemente utilizado foi o dos anos de experiência (38,9% dos casos), logo seguido da área profissional (31,6%) e, com menos expressão, aspetos como o reconhecimento da pessoa na área, o grau académico, as publicações, o ser membro de determinada instituição ou organização, ou apenas o facto de ser uma das partes interessadas na temática em estudo. O método preferencial de contacto com os peritos foi o *email* (60%).

Relativamente ao número de rondas do método Delphi (Figura 6), a maioria dos estudos analisados (57,9%, n=11) aplicou três, 7 estudos (36,8%) aplicaram somente duas e 2 (10,5%) aplicaram quatro. O cálculo dos valores médios dos dados representados nos gráficos das Figuras 7 e 8 permite concluir que, em média, foram convidados 111 indivíduos (min. 12, máx. 579), dos quais participaram, na primeira ronda, uma média de 65,8%, 80,6% na segunda ronda e, na terceira ronda, 88,3% completaram o questionário. Apenas um estudo apresentou 4 rondas tendo obtido 83% de adesão na

última ronda. Apenas 36,8% (n=7) dos estudos reportaram a duração da aplicação do método, sendo a média de 4,3 meses (min. 1; máx. 9).

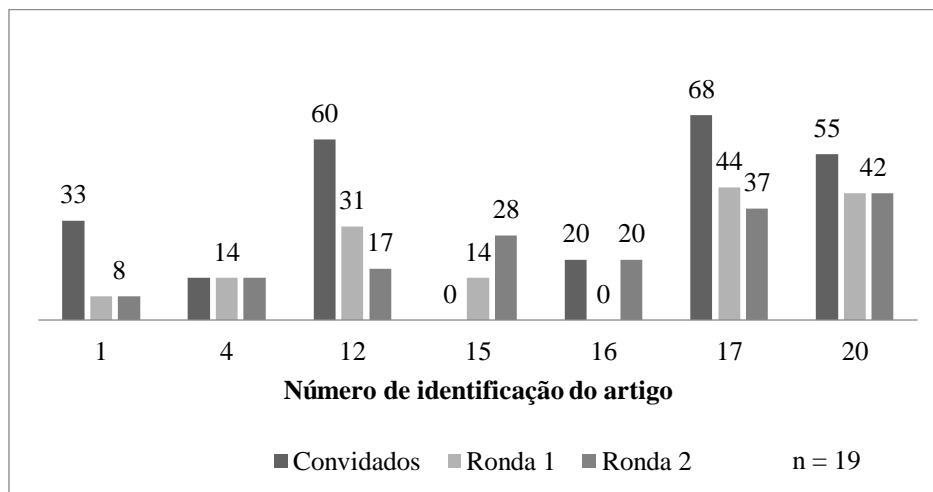


Figura 7 – Número de convidados e de participantes, por ronda, nos estudos com 2 rondas

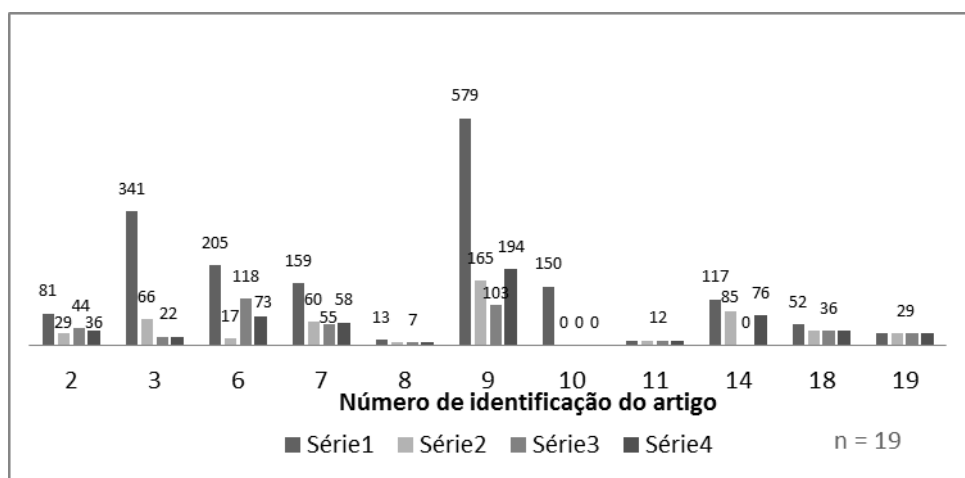


Figura 8 – Número de convidados e de participantes, por ronda, nos estudos com 3 rondas

Relativamente ao número de participantes que poderiam participar nas rondas subsequentes, o critério variou um pouco de estudo para estudo: em 26,3% dos estudos analisados, todos os participantes inicialmente convidados poderiam participar, em qualquer fase, mesmo que não tivessem participado na anterior. Noutros 26,3%, apenas

os peritos que tivessem concluído a ronda anterior poderiam participar nas seguintes, havendo ainda 47,3% dos casos em que esta informação não foi descrita pelos autores dos artigos. Em três dos estudos, ainda se verificou a utilização de outra estratégia, que permitiu o convite de novos peritos (para além dos já convidados) para participarem na segunda ou na terceira ronda.

Quanto aos formulários de resposta utilizados, nomeadamente no que respeita à dimensão e ao tipo de pergunta, verificou-se uma grande variação, tanto de estudo para estudo como entre rondas do mesmo estudo, existindo desde questões abertas ou fechadas a conjuntos de 480 itens para classificar, com questões e itens organizados em diversos formatos. No entanto, o formato mais utilizado (73,7%) para as respostas foi o das escalas do tipo Likert, variando a amplitude entre 3 e 10 pontos

A homogeneidade dos métodos entre rondas foi garantida em 26,3% dos estudos. Nos restantes, a variação verificou-se principalmente em relação ao tipo de questões apresentadas e às escalas de resposta. Apenas 78,9% dos estudos referiram fornecer feedback aos seus participantes (apesar de esta ser uma requisito inerente ao método Delphi).

O critério de consenso foi descrito em apenas 73,7% dos estudos, tendo sido utilizados para definir consenso, isolados ou em associação, fatores como: a) pontuação média (42,9%), sendo por vezes pré-estabelecido um cutt-off (v.g. considerados consensuais itens com pontuação média superior a 3,5 numa escala tipo Likert de 5 pontos) e, noutros casos, os autores calculam somente o ranking e efetuam a ordenação das médias obtidas; b) percentagem de concordância (50%), variando esta de 50% a 85% de acordo entre os peritos; c) intervalo interquartil (35,7%), geralmente considerado consensual quando menor que dois.

Tabela 14 – Grelha de extração de dados dos artigos selecionados (na RSL)

Referência artigo	Fator de impacto	Área de estudo	Âmbito geográfico	Método de construção do painel / Amostra de peritos	Nº participantes convidados	Nº de rondas	Critério de passagem (de membros do painel) para a ronda seguinte	% adesão Ronda 1	% adesão Ronda 2	% adesão Ronda 3	Feedback	Homogeneidade dos métodos entre rondas	Critério de consenso	Aplicaram outro método de consenso	Método de recolha de dados	Nº inicial de itens para consenso	Escala de resposta	Apreciação relevância/utilidade d artigo
1	2,728	Obesidade	Nacional	Amostra não probabilística: - Investigadores com publicações relevantes, referenciadas em Pubmed - Outros investigadores com base na apreciação de mérito científico e/ou clínico dos peritos	33	2	Sem critério (todos os membros do painel podem participar em qualquer das rondas)	24%	24%	(e)	(b)	(b)	(b)	Não	Email	(b)	(b)	2,5
2	2,728	Políticas de saúde	Nacional	Amostra não probabilística: - Escolha feita pelos autores do estudo, com base na apreciação de desempenho de funções-chave em organizações/instituições dos sectores da área	81	3	Variável em função da ronda: - Para 2ª ronda: sem critério (todos podem participar) - Para 3ª ronda: só quem participou na segunda ronda	36%	68,75% c)	82%	Sim	Não	- Cut-off de 3,5 (em escala tipo Likert de 5 pontos) - Intervalo interquartilico <=1	Não	Correio	(b)	Variou em função da ronda: - 1ª ronda: de 1 a 7 - 2ª ronda: ordenação (ranking)	5
3	4,284	Obesidade	Internacional	Amostra não probabilística: - Escolha feita pelos autores do estudo com base na apreciação de mérito científico e clínico dos peritos em obesidade ou no modelo de mudança comportamental	341	3	Só os que participaram em todas as rondas anteriores	19,35%	33,30%	100%	Sim	Não	Percentagem de peritos com resposta superior a 3 (em escala tipo likert de 5 pontos): >50%	Não	Email	107	0 - 5	3,5
4	4,284	Obesidade	Nacional	Amostra não probabilística: - Membros de sociedades de cirurgia bariátrica - Investigadores com publicações referenciadas em Pubmed	14	2	Sem critério (todos os membros do painel podem participar em qualquer das rondas)	100%	100%	100%	Sim	Sim	Pontuações >=7 (em escala de 10 pontos) consideradas como apropriadas Pontuações <=3 (em escala de 10 pontos) consideradas como inapropriadas.	Não	(b)	480	1 - 9	4
5	sem FI	Nutrição	Nacional	Amostra não probabilística: - Funcionários do estado, administradores/gestores/directores de organizações relacionadas com nutrição escolar	12	4	(b)	100%	100%	100% 83% d)	Sim	Não	Percentagem de peritos em acordo : 75%	Sim ^(a)	(b)	Perguntas de resposta aberta	1 - 4	4

Tabela 14 – Grelha de extração de dados dos artigos selecionados (na RSL) (continuação)

Referência artigo	Fator de impacto	Área de estudo	Âmbito geográfico	Método de construção do painel / Amostra de peritos	Nº participantes convidados	Nº de rondas	Critério de passagem (de membros do painel) para a ronda seguinte	% adesão Ronda 1	% adesão Ronda 2	% adesão Ronda 3	Feedback	Homogeneidade dos métodos entre rondas	Critério de consenso	Aplicaram outro método de consenso	Método de recolha de dados	Nº inicial de itens para consenso	Escala de resposta	Apreciação relevância utilidade d artigo
6	1,615	Actividade física	Internacional	Amostra não probabilística: - Investigadores com publicações relevantes, referenciadas em Pubmed e PsychINFO - Prelectores em conferências internacionais	205	3	Varável em função da ronda: - Para 2ª ronda: só os que participaram na primeira ronda & novos convidados - Na 3ª ronda: só os que participaram na segunda ronda.	53,10%	62%	61,86%	Sim	Não	- Intervalo interquartilico <=2. - Pontuação >=8 (em escala de 10 pontos)	Não	Email ou telefone	Perguntas de resposta aberta	1 - 10	5
7	2,169	Nutrição	Internacional	Amostra não probabilística: - Método bola de neve, partindo de lista de contactos de email de nutricionistas de saúde pública (a nível Europeu)	159	3	Sem critério (todos os membros do painel podem participar em qualquer das rondas)	37,70%	91,7%	98,67%	Sim	Não	Percentagem de peritos em acordo : >=66,7%	Não	Email	(b)	1 - 5	5
8	0,811	Nutrição	Nacional	Amostra não probabilística: - Escolha, pelos gestores do projecto onde se enquadra este estudo, de nutricionistas/dietistas e outros profissionais de saúde	13	3	Sem critério (todos os membros do painel podem participar em qualquer das rondas)	53,80%	100%	100%	Sim	Sim	Percentagem de peritos em acordo :85%	Não	Email	13	b)	3
9	1,682	Obesidade	Nacional	Amostra não probabilística: - Método bola de neve, partindo da lista de membros do comité nacional do programa "Salud America"	579	3	Sem critério (todos os membros do painel podem participar em qualquer das rondas)	28,50%	17,8% d)	33,50%	Sim	Não	- pontuação >3,5 (em escala tipo likert de 50 pontos) - desvio padrão <=1	Não	Website e e-mail.	45	1 - 5	5
10	2,364	Nutrição	Nacional	Amostra não probabilística: - Nutricionistas/dietistas do Canadá com experiência em aconselhamento e gestão de doenças crónicas.	150	3	Só os que participaram em todas as rondas anteriores	(a)	(a)	(a)	Sim	Não	Concordância com 70% dos itens	Não	Email	(a)	1 - 7	5
11	3,830	Obesidade	Internacional	Amostra não probabilística: - Escolha feita pelos autores do estudo, com base na apreciação de mérito de peritos nas áreas da economia da saúde e com trabalhos feitos na área da obesidade	12	3	Sem critério (todos os membros do painel podem participar em qualquer das rondas)	100%	100%	100%	Sim	Não	Ranking de médias (não foi utilizado qualquer cutoff)	Não	Email	b)	1 - 4	4

Tabela 14 – Grelha de extração de dados dos artigos seleccionados (na RSL) (continuação)

Referência artigo	Fator de impacto	Área de estudo	Âmbito geográfico	Método de construção do painel / Amostra de peritos	Nº participantes convidados	Nº de rondas	Critério de passagem (de membros do painel) para a ronda seguinte	% adesão Ronda 1	% adesão Ronda 2	% adesão Ronda 3	Feedback	Homogeneidade dos métodos entre rondas	Critério de consenso	Aplicaram outro método de consenso	Método de recolha de dados	Nº inicial de itens para consenso	Escala de resposta	Apreciação relevância utilidade d artigo
12	2,054	Políticas de saúde	Internacional	Amostra não probabilística: - peritos em políticas de saúde (mais especificamente, na área da nutrição) - stakeholders de organizações não governamentais, de empresas ligadas à indústria alimentar e da publicidade, e do sector público (entidades com responsabilidades na área da nutrição)	60	2	Sem critério (todos os membros do painel podem participar em qualquer das rondas)	51,70%	100%	e)	Sim	Sim	(b)	Não	Face-a-face, email ou telefone	Perguntas de resposta aberta	Variou em função da ronda: 1ª ronda : resposta aberta; 2ª ronda: concordo/discordo	3
13	2,169	Nutrição	Internacional	Amostra não probabilística: - Método bola de neve, partindo de lista de contactos de email de nutricionistas de saúde pública (a nível Europeu)	159	2	Sem critério (todos os membros do painel podem participar em qualquer das rondas)	37,70%	88,3	e)	Sim	Não	Percentagem de peritos em acordo : >50%	Não	Email	38	1 - 5	5
14	3,586	Nutrição	Nacional	Amostra não probabilística: - Escolha intencional de nutricionistas/dietistas com base em critérios de experiência profissional (anos de prática clínica, horas semanais de contacto com doentes e credenciais clínicas/académicas), partindo de listas de membros da Commission on Dietetic Registration (EUA).	117	3	Só os que participaram na ronda anterior	72,60%	b)	89,40%	Sim	Não	Intervalo interquartilico ≤ 2,0	Não	Email	23	1 - 7	4
15	1,508	Nutrição	Nacional	Amostra não probabilística: - Peritos da Southeast Newborn Screening & Genetics Collaborative e da Genetic Metabolic Dietitians International (GMDI) - Médicos e nutricionistas/dietistas, representantes da Health Resources and Services Administration	(a)	2	Sem critério (todos os membros do painel podem participar em qualquer das rondas)	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)	(b)	(a)	(b)	(b)	(b)	2

Tabela 14 – Grelha de extração de dados dos artigos selecionados (na RSL) (continuação)

Referência artigo	Factor de impacto	Área de estudo	Âmbito geográfico	Método de construção do painel / Amostra de peritos	Nº participantes convidados	Nº de rondas	Critério de passagem (de membros do painel) para a ronda seguinte	% adesão Ronda 1	% adesão Ronda 2	% adesão Ronda 3	Feedback	Homogeneidade dos métodos entre rondas	Critério de consenso	Aplicaram outro método de consenso	Método de recolha de dados	Nº inicial de itens para consenso	Escala de resposta	Apreciação relevância utilidade d artigo
16	1,549	Obesidade	Regional	Amostra não probabilística; escolha de conveniência, pelos autores de: - Profissionais de saúde (pediatras, enfermeiros, nutricionistas/dietistas, fisiologistas do exercício físico, e psicólogos) - Pais de crianças com obesidade	20	2	Sem critério (todos os membros do painel podem participar em qualquer das rondas)	b)	100%	e)	Não	Sim	(b)	Sim	Email	130	(b)	1
17	1,610	Actividade física	Nacional	Amostra não probabilística: - Escolha feita pelos autores do estudo, com base na apreciação de mérito de peritos em investigação e/ou clínica (nas áreas da actividade física e de promoção da saúde)	68	2	Só os que participaram na ronda anterior	65%	85%	e)	Não	Não	- pontuação média ≥ 8 (em escala de 10 pontos) - Intervalo interquartilico : ≤ 2	Não	Email ou telefone	267	Variou em função da ronda: 1ª ronda : 1 - 10 2ª ronda: indicação do top 10	4
18	1,400	Mudanças em saúde	Nacional	Amostra de conveniência: - Participantes (membros do governo, profissionais da indústria e investigadores) em dois workshops promovidos pela organização Telemedicine and Advanced Technology Research Center of the U.S. Army Medical Research and Materiel Command: - "Leveraging Technology: Creating & Sustaining Changes for Health" - "Incentives to Create and Sustain Changes for Health"	52	3	Sem critério (todos os membros do painel podem participar em qualquer das rondas)	100%	100%	100%	Sim	Sim	b)	Sim	(b)	(b)	0 - 10	3

Tabela 14 – Grelha de extração de dados dos artigos selecionados (na RSL) (continuação)

Referência artigo	Fator de impacto	Área de estudo	Âmbito geográfico	Método de construção do painel / Amostra de peritos	Nº participantes convidados	Nº de rondas	Critério de passagem (de membros do painel) para a ronda seguinte	% adesão Ronda 1	% adesão Ronda 2	% adesão Ronda 3	Feedback	Homogeneidade dos métodos entre rondas	Critério de consenso	Aplicaram outro método de consenso	Método de recolha de dados	Nº inicial de itens para consenso	Escala de resposta	Apreciação relevância utilidade artigo
19	2,060	Obesidade	Regional	Amostra não probabilística: - Escolha feita pelos autores do estudo, com base na apreciação de mérito de peritos em obesidade (com pelo menos 5 anos de experiência clínicas com doentes com obesidade com comorbilidades), de Taiwan	29	3	(b)	100%	100%	100%	Sim	não	- Percentagem de peritos que avaliam como 4 (importante) ou 5 (muito importante) : $\geq 50\%$ - correlação spearman entre pontuação de cada perito e média de concordância do painel : $\rho > 0,4$		Correio postal ou email	112	1 - 5	2
20	2,250	Nutrição	Nacional	Amostra não probabilística: - Peritos em nutrição e/ou em saúde pública: método de bola de neve	55	2	(b)	76%	100%	e)	Sim	Não	Percentagem de peritos em acordo : $\geq 80\%$	Não	Email	65	1 - 3	3,5
21	3,797	Nutrição	Nacional	Amostra não probabilística: - Escolha intencional de nutricionistas/dietistas com base em critérios de experiência profissional (anos de prática clínica, horas semanais de contacto com doentes e credenciais clínicas/académicas), partindo de listas de membros da Commission on Dietetic Registration (EUA).	117	3	Só os que participaram em todas as rondas anteriores	72,60%	b)	89,40%	Sim	Não	Intervalo interquartilico $\leq 2,0$	Não	Email	23	1 - 7	4

legenda

* Artigo sobre o estudo apresentado no artigo 7, mas numa fase diferente.

** Artigo sobre o estudo apresentado no artigo 7, mas numa fase diferente.

a) Não se aplica (é um protocolo)

b) Não referido

c) No final aplicaram um questionário a um novo painel de 38 indivíduos, para estes classificarem os resultados do delphi numa escala de 1 a 4.

d) Percentagem de adesão na quarta ronda

4.2.1. Guidelines para operacionalização da componente quantitativa do método Delphi, na construção de consenso sobre tratamento da obesidade

Dos critérios apresentados no ponto anterior desta dissertação, os mais utilizados foram considerados como referência para o segundo produto desta dissertação: a definição de *guidelines* para a operacionalização da componente quantitativa do método Delphi, visando a construção de consenso sobre tratamento da obesidade.

Apresenta-se, de seguida, e como corolário dos resultados da RSL, o conjunto de *guidelines* para operacionalização do painel Delphi, que será implementado na parte final do projeto DELCO, com o objetivo de construir consenso sobre estratégias efetivas de tratamento da obesidade. As *guidelines* criadas serão criticamente analisadas no capítulo da Discussão.

Definição do problema

Dada a dimensão da problemática da obesidade, importa otimizar recursos no tratamento desta doença, nomeadamente através da redução da discrepância entre formas de intervenção e da promoção da complementaridade entre profissionais de diferentes setores da sociedade portuguesa (políticos, públicos e da sociedade civil). Importa procurar e adotar como *guidelines* de tratamento da obesidade (visando maior qualidade no tratamento da obesidade a nível nacional) os aspetos que sejam consensuais entre os peritos nesta área (beneficiando assim não apenas no seu conhecimento mas também da sua experiência prática).

Com base numa Revisão Sistemática de Literatura de artigos relativos a estudos empiricos que utilizaram o método Delphi em áreas relacionadas com obesidade e controlo de peso (entre 01/07/2008 e 01/07/2014), são apresentadas de seguida as linhas orientadoras para aplicação do método Delphi que se apresentaram como mais consensuais.

Identificação e recrutamento do painel de peritos

Método de pesquisa de peritos e número de participantes

A escolha de peritos deverá ser o mais abrangente possível (ao nível das categorias profissionais, responsabilidades públicas ou privadas e proveniência geográfica a nível nacional), incluindo responsáveis políticos das áreas da saúde e da educação,

responsáveis por associações de doentes e de pais, responsáveis pela indústria alimentar, profissionais da saúde (medicina, nutrição, fisiologistas do exercício físico, psicólogos, entre outros), profissionais dos *media* e investigadores dos principais núcleos de investigação na área da obesidade.

O painel deverá ser o mais alargado possível, procurando garantir um documento de consenso mais inclusivo.

O recrutamento poderá ser feito através de listas de email de instituições/sociedades/organizações das várias partes interessadas ou, em alternativa, por nomeação, pela direção destas instituições, do/s seu/s representante/s. Os peritos a convidar deverão também ser identificados através de uma pesquisa por palestrantes de conferências e congressos relevantes na área da obesidade (por exemplo, o Congresso Nacional da Obesidade, realizado anualmente), assim como por pesquisa na Pubmed de investigadores portugueses com trabalhos publicados na área. Adicionalmente, deverá ser aplicado o método de bola de neve, pedindo-se aos peritos convidados que convidem também outros especialistas na área. Neste caso, cada perito indicado deverá ser escrutinado em função do seu curriculum, de forma a garantir a sua *expertise* na área.

Esta lista inicial de peritos deverá ser o mais abrangente possível, não havendo um número máximo de peritos a incluir, mas estabelecendo-se um mínimo de 150 (a média obtida na RSL foi de 111, máximo de 579)

Critérios de inclusão

Após a pesquisa anteriormente referida e antes de enviar o convite aos participantes, deverá ser feita uma avaliação do mérito científico e/ou clínico de cada possível participante, de modo a garantir que o consenso é realmente estabelecido por um painel de excelência na área.

Os critérios a ter em conta (não necessariamente cumulativos) deverão ser: 1) ser profissional das áreas envolvidas; 2) anos de experiência (no mínimo, cinco); 3) Ter publicações na área, nos últimos três anos; 4) Ter uma posição relevante em alguma organização/instituição com influência na área.

Forma de recrutamento

O convite deverá ser enviado por e-mail ou, quando necessária maior formalidade, por carta, e incluir uma breve contextualização e objetivos do estudo, informações acerca do desenvolvimento do estudo e do método Delphi assim como instruções e clarificações necessárias, nomeadamente no que toca à confidencialidade e anonimato dos participantes. Este documento deve ser explícito e conter contactos telefónicos e de e-mail para esclarecimento de dúvidas.

O e-mail de resposta do participante funciona como consentimento informado (sendo isto explicitado na carta de convite). Os convidados que não respondam ao e-mail devem receber um segundo convite passado uma ou duas semanas. Se não responderem, são considerados não respondentes. Os que responderem de forma negativa serão também considerados não respondentes e ser-lhes-á pedido o motivo de não participação, para posterior caracterização de “não respondentes”.

Número de rondas

Este exercício deverá ser com um mínimo de duas rondas e máximo de três rondas sucessivas, com atribuição de grau de consenso ronda a ronda. O número de rondas dependerá de se obterem respostas consensuais logo ao fim da segunda ronda ou não. Os peritos devem ser informados acerca da possibilidade de existirem, no máximo, três rondas.

Tipo de questões

1ª ronda

Na primeira ronda, o questionário será constituído pelos 113 itens, agrupados em 7 dimensões itens que resultaram da análise de conteúdo dos três fóruns sobre prioridades de intervenção em obesidade, realizados pelo ONOCOP entre 2009 e 2012, no âmbito do Projeto DELCO e que são apresentados nas Tabelas 7 a 14.

A resposta será feita através de uma escala do tipo Likert e deverá ter uma amplitude de 5 pontos, correspondentes a: 1- completamente irrelevante; 2- Muito pouco relevante; 3- Pouco relevante; 4- Relevante; 5- Muito relevante.

Nesta primeira ronda, devido a ser dirigida a um grupo mais alargado de peritos do que os que deram origem aos itens a classificar.

Os participantes são convidados a indicar possíveis alterações na formulação dos itens com que não concordem (pontuações inferiores a 3 pontos). Na primeira ronda poderão ainda ser sugeridos novos itens/categorias, que serão submetidos a consenso (com as mesmas regras) nas rondas seguintes.

2ª ronda

É dado *feedback* aos participantes quanto aos itens que já obtiveram consenso (ver critérios de consenso mais à frente). Só vão a votos os itens que não obtiveram consenso, podendo haver reformulações nos mesmos, caso algum dos participantes o tenha proposto na primeira ronda.

3ª ronda

É calculado o grau final de concordância dos itens ainda a votação. Os que obtiverem concordância superior a 80% vertem para o documento final de prioridades de intervenção e de investigação na área da obesidade infantojuvenil.

Participantes em cada ronda

Os participantes da primeira etapa do estudo serão envolvidos na segunda etapa, podendo esta incluir participantes convidados no início do estudo mas que não participaram na/s ronda/s anteriores.

Consenso

Só passam para a segunda ronda os itens cuja pontuação média é igual ou superior a 3,5, ou os itens com pontuação média entre 3 e 3,49 e que tenham obtido sugestões de alteração de formulação. Passam para a segunda ronda todos os novos itens sugeridos pelos peritos..

Na segunda e terceira ronda, o sistema de votação passa a ser “concordo”/”não concordo”, sendo aprovados os itens que obtiverem.

Os itens que obtiverem uma taxa entre 75% e 84,9% passam à terceira ronda se existir uma proposta de reformulação do seu conteúdo.

Documento de consenso

No final do projeto, será criado um documento que torne público as estratégias consensuais para o tratamento da obesidade. Os elementos do painel serão inquiridos quanto ao seu interesse em ver o seu nome constar do consenso, enquanto membros da *task force* do documento. A revelação do nome dos peritos só será feita mediante autorização expressa nesse sentido.

5. Discussão

A obesidade é das doenças mais prevalentes a nível mundial e é previsível que, nos próximos anos, em Portugal, venha a afetar uma percentagem de indivíduos ainda maior do que a atual (2,7). Este aumento de prevalência expectável não resulta apenas da dificuldade em prevenir a doença, mas também do facto de não existirem tratamentos realmente efetivos para tratar os casos já existentes de obesidade, levando a que tendam a acumular. Existe evidência científica quanto à maior efetividade da cirurgia bariátrica para quadros clínicos graves de obesidade (82). Mas sabe-se pouco sobre o que é realmente efetivo, especialmente a médio ou longo prazo, para obesidades mais ligeiras (obesidade grau I) ou obesidade moderada (obesidade grau II sem comorbilidade).

Neste contexto de défice de evidência científica, a opinião de peritos com experiência acumulada de reflexão e intervenção na obesidade constitui um recurso muito importante de informação que, integrada, pode ser a base para construção de conhecimento orientado para práticas clínicas adequadas e mais efetivas. O projeto de investigação apresentado nesta dissertação teve assim como principal finalidade contribuir para aprofundar o conhecimento sobre intervenção clínica. Por um lado, procurou-se fazer um levantamento de estratégias de tratamento da obesidade, entendidas por peritos em obesidade como efetivas para o tratamento da doença. Nesse sentido, as opiniões dos peritos foram recolhidas no contexto de um conjunto de três reuniões (fóruns), organizadas pelo ONOCOP, sendo os conteúdos gravados em áudio e transcritos integralmente, e o *corpus* obtido sujeito a análise de conteúdo pela investigadora do projeto.

Por outro lado, procurou-se definir, através de revisão sistemática de literatura, os métodos mais adequados para a implementação de um painel Delphi, que permita um consenso alargado acerca de quais as propostas mais relevantes para o tratamento da obesidade no contexto português.

5.1. À procura de estratégias efetivas de tratamento da obesidade

Ao todo, participaram 96 peritos no conjunto dos três fóruns promovidos pelo ONOCOP para refletir sobre investigação, prevenção e intervenção em obesidade. A

escolha de peritos procurou ser o mais abrangente possível (ao nível das categorias profissionais, responsabilidades públicas ou privadas e proveniência geográfica), incluindo responsáveis políticos das áreas da saúde e da educação, responsáveis por associações de doentes e de pais, responsáveis pela indústria alimentar, profissionais da saúde (medicina, nutrição, fisiologistas do exercício físico, psicólogos, entre outros), profissionais dos *media* e investigadores dos principais núcleos de investigação na área da obesidade. A escolha dos peritos foi feita pelos investigadores responsáveis pelo projeto DELCO, juntamente com as direções do ONOCOP e da Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade (SPEO). Este processo de seleção, por muito inclusivo que seja, não representa obviamente o universo de peritos do país, pelo que este é, logo à partida, um dos principais limites metodológicos do estudo. Para minimizar o problema, o painel Delphi a construir numa fase posterior do projeto, será alargado a mais peritos, procurando garantir um documento de consenso mais inclusivo.

Ao longo da análise de conteúdo foi possível observar dinâmicas naturais da interação em grupo, nomeadamente o facto de alguns participantes serem mais dominantes que outros, tornando alguns tópicos mais presentes do que outros. Para minimizar esta variável de confundimento, a análise de conteúdo apresentada nesta dissertação – apenas relativa à componente de tratamento da obesidade (excluindo assim a componente de investigação e de prevenção, também abordadas nos fóruns) – seguiu o princípio da horizontalidade (ou seja, cada ideia tem o mesmo valor, independentemente da frequência com que é repetida) (122) e, por outro lado, foi feita considerando como *corpus* o conjunto total de *verbatim*s recolhidos ao longo dos três fóruns. Assim, harmonizou-se a distribuição das temáticas abordadas, uma vez que os peritos presentes em cada fórum não foram sempre os mesmos e que as temáticas mais extensamente discutidas em cada fórum também foram distintas.

O método de análise de conteúdo, tratando-se de uma abordagem interpretativa, tem como característica inerente a subjetividade do investigador. Esta subjetividade interpretativa foi minimizada pelo facto de a análise de conteúdo ter sido elaborada pela autora deste projeto e por mais dois investigadores (um nutricionista e um psicólogo), maximizando a validade interpretativa da codificação dos dados (122). Além disso, procurou-se seguir a boa prática de tornar o *corpus* público (complementando as

escolhas de *verbatim* apresentadas ao longo do capítulo dos resultados), de forma a permitir o confronto deste exercício interpretativo com os textos originais.

O facto de a recolha de dados nos fóruns ter sido realizada entre novembro de 2009 e janeiro de 2012, pode traduzir-se em défice ou diferenças do que seriam as opiniões atuais dos mesmos peritos. Esta limitação será ultrapassada aquando da primeira ronda do painel Delphi, na qual os peritos poderão sugerir novos itens ou a alteração de itens existentes (para além de, como já referido, o painel de peritos para o Delphi estar previsto ser mais alargado do que o painel de peritos que participaram nos fóruns).

Alguns autores têm salientado a importância da troca prévia de ideias entre especialistas das diferentes áreas envolvidas, de modo a que se possam tornar familiarizados com todos os pontos de vista. Assim, os itens gerados para a primeira ronda do método Delphi já têm em conta a opinião de várias partes interessadas, o que poderá permitir obter níveis mais elevados de consenso (123).

Além do já referido, o facto de se ter feito uma auscultação prévia a peritos de renome na área da obesidade, a nível nacional, assim como a representantes das várias entidades com responsabilidades no combate à obesidade, permitiu que os itens gerados para a primeira ronda tivessem já em conta a realidade da prática clínica e a realidade nacional, as preocupações, os interesses, os problemas e as limitações específicos do nosso país, o que teria sido difícil de obter de outra forma. Por último, o desfasamento no tempo entre a primeira auscultação dos peritos e a aplicação do método Delphi, terá as vantagens de não sobrecarregar os peritos em curto intervalo de tempo e de permitir que alguma espécie de influência dos grupos (reunidos nos fóruns) se tenha dissipado.

Estratégias e linhas orientadoras para o tratamento da obesidade

Da análise aos conteúdos recolhidos nos três fóruns, foram identificadas 113 estratégias ou linhas orientadoras para o tratamento da obesidade, organizadas em sete dimensões (postura terapêutica, avaliação inicial e de monitorização terapêutica, educação para a saúde em contexto de obesidade, organização dos serviços, nutrição, promoção da atividade física e abordagem médica/cirúrgica). Ao contrário do esperado, o número de propostas relativas a intervenção nutricional é relativamente limitado (nove propostas). Tal pode ter acontecido devido a esta ser uma área em que a evidência conhecida (relativamente à efetividade da intervenção nutricional para tratamento da obesidade) é

pouca e onde os peritos não se sentem tão à vontade para identificar estratégias prioritárias de intervenção. Foi consensualmente reconhecida pelos peritos envolvidos a necessidade de criar um documento de consenso nesta área (nutricional) e reforçada a necessidade de se criarem diretrizes relativas à prescrição macro- e micro-nutrientes, no que toca à sua distribuição e magnitude restritiva. Esta necessidade já tem vindo a ser salientada em vários trabalhos desenvolvidos nos últimos anos (124–126).

Foi também sublinhado que, para lidar com os comportamentos de risco para a obesidade, é necessário não se ficar apenas pelos aspetos da nutrição, devendo manter-se uma abordagem terapêutica multidisciplinar, tal como acontece com outras problemáticas de saúde pública em que o comportamento é o elemento patogénico, como no caso do tabagismo (127). A valorização da atividade física como componente terapêutico, para todas as faixas etárias, foi salientado por vários peritos, reforçando a necessidade de incluir profissionais habilitados para o uso deste instrumento clínico em unidades públicas de tratamento da obesidade.

Surgiu também como importante a necessidade de se identificarem formas de educação e veículos de transmissão de conhecimento que otimizem a alteração de atitudes e de comportamentos relacionados com o controlo do peso corporal. Estas questões, relacionadas com a literacia em saúde, têm sido enfatizadas na literatura, não apenas numa perspetiva de prevenção primária, mas também como elemento terapêutico (prevenção secundária e terciária), nomeadamente através da criação de programas de educação para a saúde (128). Por outro lado, os participantes referiram a importância de adotar uma atitude de negociação dos objetivos terapêuticos e das tarefas para o controlo do peso corporal, respeitando os momentos de mudança do doente e as suas necessidades e valorizações. A avaliação destes aspetos idiossincráticos do doente foram referidos como um vetor fundamental para o sucesso terapêutico. A abordagem terapêutica assente na entrevista motivacional foi identificada como uma forma efetiva de promover as alterações comportamentais (alimentares e relacionadas com atividade física) entendidas como relevantes do ponto de vista clínico. Esta perspetiva foi defendida não apenas por psicólogos participantes nos fóruns, mas também por profissionais de saúde de outras áreas de intervenção clínica, espelhando o facto de a entrevista motivacional ser, mais do que uma técnica de intervenção, um estilo

facilitador da construção de novos hábitos, com evidência de efetividade em múltiplos contextos de mudança (68).

Relativamente a questões de intervenção em crianças e adolescentes, os resultados da análise de conteúdo vão ao encontro de alguma literatura existente no que se refere à necessidade de intervenções dirigidas a crianças e jovens. Foi salientado que estas se devem concentrar no fortalecimento do ambiente familiar salutogénico, dando especial relevo aos valores normativos entre pares, às expectativas de desempenho, ao apoio social para a mudança de hábitos e aos vínculos com instituições da comunidade (128). Assim, os peritos salientaram a importância de incluir os pais nos processos terapêuticos das crianças obesas, em perspetivar a intervenção clínica da obesidade numa lógica de intervenção transgeracional, o que pode revelar-se como uma estratégia clínica efetiva no sentido de contrariar a tendência atual de crescimento da prevalência da obesidade (66). De facto, para crianças e adolescentes, o envolvimento familiar é um dos maiores contribuintes para a adesão ao tratamento (129).

Ainda relativamente a este grupo etário, foi destacado que importa ter em atenção os comportamentos não saudáveis de controlo do peso, nomeadamente os associados a distúrbios de comportamento alimentar e ao uso de produtos para emagrecer. De acordo com o salientado pelos peritos, a autoestima do obeso encontra-se comprometida, principalmente para adolescentes do sexo feminino. Tal como é indicado na literatura, é importante estar atento às funções psicossociais, da alimentação e do peso corporal, em especial no sexo feminino. Crianças obesas têm maior risco de desenvolver distúrbio de comportamento alimentar na adolescência e no início da vida adulta (130).

Das declarações analisadas, destaca-se a importância dada pelos peritos ao pequeno-almoço no controlo do peso, o que já tem vindo a ser destacado na literatura (97,131).

Foi também salientado como fator importante no tratamento da obesidade, o conhecimento dos indivíduos acerca da composição e confeção dos alimentos, sendo que, de facto, os estudos têm demonstrado que alguns hábitos saudáveis, como o consumo regular de sopa, têm sido perdidos com o passar das gerações, assim como também se tem assistido a um investimento progressivamente menor na confeção dos alimentos, optando por alimentos pré-confeccionados, com maior densidade energética (132,133).

As leguminosas foram identificadas como um alimento importante para o controlo do peso corporal e, tal como vários autores têm vindo a reforçar nos últimos anos, salientou-se que seria importante promover a dieta mediterrânica (134), recuperando alguns pratos tradicionais portugueses que incluem leguminosas, hortícolas e frutos. Esta alimentação tem menor carga glicémica, obtendo-se benefícios no controlo da fome e na glicemia, insulinémia e ácidos gordos livres. Este padrão alimentar, com baixa densidade energética e elevado teor de fibra, tem sido sugerido como positivo para a resolução da problemática da obesidade (135).

Relativamente à distribuição dos macronutrientes, e corroborando as conclusões de Abete *et al* (86), os resultados obtidos pela análise de conteúdo apontam para que a principal abordagem nutricional para o tratamento da obesidade seja reduzir a densidade energética dos alimentos (restrição calórica), independentemente da distribuição relativa de macronutrientes.

À semelhança do que é referido em documentos oficiais que visam o estabelecimento de *guidelines* para o tratamento e/ou prevenção da obesidade, as questões funcionais e comportamentais (função social e cognitiva, fatores psicológicos e emocionais, e qualidade de vida) são consideradas importantes para enfrentar e otimizar a intervenção para controlo de peso. Fatores relacionados com o acesso aos alimentos, seleção de alimentos, a capacidade funcional para preparação de alimentos e outras atividades físicas são também importantes para o planeamento do tratamento (136). Do discurso dos peritos ao longo dos fóruns, resulta que importa adequar a intervenção nutricional às preferências alimentares. A intervenção nutricional deve ter em conta aspetos idiossincráticos, que passam pela forma como é organizada a sua rotina diária e pelos recursos (financeiros e sociais) de que cada indivíduo dispõe. As propostas de mudanças alimentares devem ser feitas de forma a introduzir pequenas alterações, com base nas competências culinárias/alimentares e nos hábitos pessoais já existentes. Foi também salientada a importância de adequar a intervenção nutricional às condicionantes fisiológicas.

Na perspectiva dos peritos, a cirurgia (uma das temáticas mais discutidas, quer no fórum dedicado ao adulto, quer no dedicado à terceira idade) é um recurso efetivo para os casos de obesidade grave, proporcionando aos doentes redução nos índices de

mortalidade e uma melhoria de comorbilidades clínicas. Esta posição por parte dos peritos é sustentada por diversos estudos, com destaque para o estudo SOS (82).

Importa realçar que uma das dimensões com mais propostas de estratégias para o tratamento da obesidade foi a dimensão “*Organização/estrutura dos cuidados de saúde em obesidade*”, tendo ficado clara a importância da organização estrutural, dos recursos humanos necessários e das infraestruturas e entidades cruciais a um tratamento eficaz da obesidade. Muitas das ideias surgidas ao longo dos fóruns espelham as estratégias já elencadas na página 19 do Programa Nacional de Combate à Obesidade (39), como, por exemplo, “*planear, criar e desenvolver serviços hospitalares de cirurgia bariátrica*”, “*elaborar proposta de desenvolvimento de apoio multidisciplinar ao obeso, nomeadamente na área da nutrição, nos cuidados de saúde primários*” e “*elaborar proposta de listagem de fármacos e de suplementos alimentares, a serem sujeitos a um regime de comparticipação especial, para o tratamento da pré-obesidade com comorbilidades e da obesidade*” (39). Contudo, os peritos levantaram críticas e propuseram alterações relativamente a muitos aspetos relativos à capacidade de resposta do Sistema Nacional de Saúde ao problema do tratamento da obesidade. Foi referido que importa redefinir critérios de elegibilidade para a cirurgia (muito em particular, para idosos), bem como as estratégias de articulação e integração de cuidados de saúde, mais especificamente no que se refere ao sistema de referenciação e ao sistema de informação de dados clínicos.

5.2. À procura de guidelines para operacionalização da componente quantitativa do método Delphi para construção de consensos em áreas relacionadas com obesidade

A criação de consensos através da opinião de peritos implica critérios de operacionalização dos métodos que sejam, também eles, consensuais. E, apesar de métodos como Delphi ou Grupos Nominais serem usuais neste desafio de construção de consensos, há défice de *guidelines* quanto à forma de melhor proceder (119). Neste sentido, procurou-se sustentar, através do projeto DEICO, as decisões metodológicas a implementar na componente quantitativa do método Delphi, no âmbito do projeto DELCO, numa revisão sistemática de literatura sobre o uso de método Delphi em temas da obesidade. Foram consultadas as bases de dados PUBMED, EBSCO e RCAAP,

sendo utilizado filtro temporal entre 01/07/2008 a 01/07/2014 e termos de pesquisa que permitissem a identificação de todos os artigos de interesse que tivessem aplicado a técnica Delphi e que se relacionassem com obesidade e possíveis medidas de tratamento ou prevenção (incluindo aspetos como nutrição, medidas políticas, atividade física e mudanças comportamentais associadas ao controlo do peso). Para avaliar os 21 artigos selecionados, foi desenvolvida uma tabela de extração de dados (apresentada na secção de resultados), cujos itens foram selecionados com base no interesse em definir as formas de implementação do método Delphi a utilizar na fase final do DELCO.

Esta fase do projeto, a que a presente dissertação diz respeito, apresentou também algumas limitações típicas de estudos com este desenho. O facto de não ser possível recorrer a todas as bases de dados existentes, de se ter restringido a pesquisa a artigos (deixando de fora relatórios ou teses – i.e., literatura cinzenta) em inglês ou em português, e de se ter limitado a revisão a artigos especificamente sobre as áreas referidas e ao intervalo temporal estabelecido, pode ter diminuído alguns aspetos da validade externa no estudo, como sejam a abrangência e profundidade dos resultados obtidos (122). No entanto, após ponderação de custo-benefício e exequibilidade da revisão sistemática de literatura no tempo disponível para a elaboração da dissertação, considerou-se ser vantajoso estabelecer estes critérios de inclusão, possibilitando a análise aprofundada e detalhada dos artigos selecionados, que por sua vez, também seriam à partida artigos mais vocacionados para a área de interesse desta investigação. É também reconhecida como limitação o facto de não ter sido possível contactar alguns dos autores dos artigos selecionados, que permitiria obter mais pormenores acerca da metodologia utilizada. No entanto, para esta fase do projeto DEICO, o objetivo foi investigar efetivamente o que tem sido feito e como têm sido publicados os trabalhos (tal como estão escritos), tendo-se optado por restringir a nossa investigação a essa informação.

Além do já referido, também se pode salientar como limitação desta parte do trabalho o facto de a questão geral orientadora da RSL não ser quantificável e, principalmente, o não haver apenas uma questão orientadora, de partida, mas sim uma questão geral e múltiplas questões específicas. No entanto, por termos diversas questões mais

específicas acerca da aplicação do método, foi possível comparar pormenorizadamente os estudos e verificar que, de facto, na sua maioria os artigos publicados sobre estudos Delphi tendem a apresentar défice de informação (e fundamentação) sobre os métodos utilizados (137). De facto, muitos dos artigos selecionados para análise são sucintos relativamente aos métodos: 19% dos artigos incluídos na amostra foram considerados pouco relevantes/interessantes para a investigação em curso (nota inferior a 3 numa escala de 5 pontos), principalmente por terem muitos dados metodológicos omissos ou mesmo uma fraca qualidade metodológica.

De salientar também alguns pontos fortes desta revisão, como o facto de ter seguido os princípios e a metodologia padrão de uma RSL, utilizando *guidelines* PRISMA (138). Antes do início da RSL, foram definidos *à priori*, para além das questões de investigação, os critérios de inclusão e de exclusão dos artigos, os critérios de qualidade, o procedimento de extração/análise dos dados. A revisão foi efetuada pela autora do projeto DEICO e por mais um investigador (coorientador do projeto), de forma independente, o que minimiza a subjetividade e aumenta a qualidade da revisão aqui apresentada. Esta revisão permitiu ainda que se reconhecessem os pontos fortes, pontos fracos e fatores identificados como limitações noutros estudos de aplicação do método Delphi, o que permitirá, na próxima fase do projeto, ter em consideração estes fatores e se encontrem à partida soluções para os problemas enfrentados por outros investigadores.

Guidelines para a implementação de um painel Delphi que permita o estabelecimento de um consenso alargado acerca do tratamento da obesidade

Uma leitura acidental de estudos que utilizem métodos de consenso, nomeadamente por via do método Delphi, permite uma conclusão rápida: são múltiplas as variantes e nuances que cada autor imprime ao método Delphi, apesar de existirem aspetos nucleares que, caso não sejam respeitados, representam erros metodológicos (por exemplo, a ausência do anonimato da resposta, ausência de feedback por parte do investigador a todos os elementos do painel, ausência de critérios de consenso, etc.). As críticas mais fortes que têm sido dirigidas ao método Delphi relacionam-se com três aspetos principais: (1) consenso resultante apenas do juízo particular dos participantes

selecionados; (2) sensibilidade dos resultados à ambiguidade dos questionários usados em cada ronda; (3) modificações arbitrárias ao método; e (4) ausência de suporte estatístico para as conclusões dos estudos (139). Assim, de forma a minimizar estas limitações, antes de iniciar um processo de consenso importa desenvolver *guidelines* de aplicação/operacionalização da componente quantitativa do método Delphi, que deverá basear-se nas melhores práticas e ser o mais adequado possível, de modo a não comprometer os resultados do estudo.

Nesta fase do projeto foram selecionados e analisados 21 artigos publicados entre 01/07/2008 a 01/07/2014. O fator de impacto das revistas em que os artigos analisados foram publicados foi, em média de 2,615, sendo na sua maioria artigos publicados em boas revistas da área e, por esse motivo, com a sua qualidade metodológica validada por pares. Ao longo do período de seis anos em que se centrou a análise, verificou-se que o método Delphi tem vindo a ser progressivamente mais utilizado em áreas relacionadas com a problemática da obesidade. Aliás, a adesão crescente do método Delphi nas áreas da saúde pode ser verificada com uma pesquisa simples na Pubmed, através das palavras “Delphi” AND “Health”. No entanto, com esta investigação, verificou-se que, tal como referia Paré et al. (140), embora seja um método que tem sido cada vez mais utilizado, carece ainda de melhorias relacionadas com o estabelecimento de maior rigor na divulgação de dados. Esse objetivo pode ser conseguido, por exemplo, ao incentivar os autores a reportarem as taxas de resposta e não resposta, as justificações para alterações ao método e os critérios de consenso ou de término do processo (137).

A análise da tabela de extração de dados dos artigos onde foram registadas as informações relativas aos pontos a investigar (tabela presente no capítulo de resultados) permite observar bastante heterogeneidade tanto nas características do método Delphi aplicado nos estudos, como na forma de descrição dessas características, sendo muitas vezes omissas etapas importantes do processo. O critério de consenso, por exemplo, apenas foi referido em 73,7% dos estudos e apenas 36,8% dos estudos referiram o intervalo temporal entre as rondas. O tipo de questionário/formulário de resposta utilizado foi especificado em 89,5%. Este défice de informação é espelhado pela classificação média de qualidade atribuída aos artigos (de forma independente, por dois

investigadores deste projeto) ter sido de 3,6 pontos, numa escala com um máximo de cinco.

Estes resultados são compatíveis com os obtidos por outros estudos, que identificaram muita variabilidade na metodologia e comunicação do método Delphi (137,141). De facto, sabe-se pouco sobre o nível de rigor da aplicação do método Delphi, não existindo, descritas na literatura, modificações padronizadas do método (142). Muitos dos estudos analisados perdem validade por não serem claros na explicação da implementação do método. Importa adotar uma forma de comunicação clara e objectiva, que permita o entendimento de todo o procedimento utilizado e que explicita, de modo fundamentado, as razões de possíveis alterações realizadas. Embora o método Delphi, por natureza, não seja um método completamente reproduzível (devido à opinião dos peritos não ser universal e imutável), é conveniente que os métodos sejam, como em qualquer trabalho científico, o mais reproduzíveis possível, sendo necessário uniformizar os métodos utilizados de modo a aumentar a validade e a credibilidade da metodologia Delphi.

Muitos dos artigos seleccionados realçam a importância da seleção dos participantes para a qualidade do método. Os estudos analisados indicam, em 94,7% dos casos, qual o critério de inclusão, embora por vezes forneçam muito pouco detalhe acerca do método de recrutamento e seleção de peritos. A maioria dos autores vai de encontro, e aborda de forma adequada (i.e., seguindo as recomendações habituais para construção de painéis Delphi) (143), uma das maiores preocupações aquando da aplicação do método – o grau de *expertise* dos participantes incluídos –, sendo que os critérios de inclusão mais frequentemente utilizados foram os anos de experiência na área de estudo. Nos estudos seleccionados, a forma mais habitual de reconhecer mérito e especialização na área de investigação é frequentemente operacionalizada pelo método de bola de neve (processo de amostragem não probabilística).

Relativamente ao critério de consenso, outro ponto crítico no método Delphi, embora só tenha sido referido em 73,7% dos estudos, parece claro que as estratégias mais consensuais são a utilização da percentagem de concordância, sendo que, a os artigos que utilizam esta estratégia recorrem ao que tem vindo a ser indicado na literatura (144) : uma percentagem de 70 a 80% já é indicativa de um bom consenso; a pontuação média

também é frequentemente utilizada nos estudos analisados, seja em *rankings* totais (trantando-se este de um conceito pouco claro de “consenso”) ou como *cutoff* para o estabelecimento de consenso (por exemplo, em escalas tipo Likert de 1 a 5, o *cutoff* mais vezes referido nos artigos selecionados foi o de 3,5 pontos). O intervalo interquartilico (consenso menor que dois, na maior parte dos artigos que utilizam este critério) é também muitas vezes utilizado, isolado ou em associação com outra estratégia.

Relativamente ao número de rondas, a RSL demonstrou que o mais consensual é a utilização de duas (36,8% dos estudos) ou três rondas (57,9% dos estudos). Quanto à escala de resposta, praticamente todos os estudos (73,7%) utilizaram uma escala do tipo Likert, sendo mais frequentemente utilizada uma amplitude de 5 ou 7 pontos. Escalas de 10 pontos também são utilizadas com alguma frequência.

Devido à heterogeneidade dos estudos analisados, não foi possível estabelecer um consenso acerca do número ideal de peritos a incluir no painel Delphi. Sabe-se que quanto maior o número de participantes convidados, maior ou perda ao longo do estudo, sendo também necessário mais tempo para receber respostas e analisar dados. No entanto, painéis maiores permitem maior representatividade (145) e por esse motivo, um consenso mais alargado.

Devido ao avanço e às facilidades acrescidas pela utilização das tecnologias, a maioria dos estudos analisados também beneficiou por contactar os peritos através de e-mail, sendo este um fator muito importante para o desenvolvimento e para a crescente utilização desta metodologia.

À semelhança do que tem sido feito para estabelecimento de consensos acerca do tratamento da anorexia nervosa (146), ou da malnutrição em idosos (147), assim como no estabelecimento de prioridades de investigação em áreas como obesidade infantil e atividade física (148,149), ou para o tratamento de outras doenças, como é o caso da diabetes, ao nível de sociedades científicas como a International Association of Gerontology and Geriatrics, a European Diabetes Working Party for Older People e a International Task Force of Experts in Diabetes (150), importa identificar linhas orientadoras, a nível nacional, para o tratamento da obesidade, com base na maior evidência disponível, ou seja, no conhecimento dos nossos peritos. A partir dos

resultados obtidos nesta RSL, foi elaborado um conjunto de *guidelines* de aplicação/operacionalização da componente quantitativa do método Delphi, visando a construção de consenso sobre determinantes de efetividade clínica no tratamento da obesidade. Ao realizar esta revisão, também ficou claro que será necessário justificar a metodologia utilizada, de modo a que o leitor possa interpretar os dados de forma clara e, seguindo o princípio fundamental da ciência, reproduzir o estudo noutros contextos (151).

Este é um estudo original, uma vez que é a primeira revisão sistemática de literatura que avalia a utilização e elaboração de relatórios de procedimentos Delphi na área da obesidade. Esta investigação será basilar para o sucesso do projeto DELCO, pois definiram-se, com base em evidência disponível, a melhor forma de a) apresentação dos itens para consenso; b) escala de resposta dos participantes; c) critério de obtenção de consenso; d) número de rondas para obtenção de consenso.

Tal como acontece com todos os métodos de investigação, a qualidade de um estudo Delphi está dependente da qualidade do seu planeamento. A RSL realizada neste trabalho permitiu aprender com a experiência de pares e definir um procedimento Delphi que seguiu os princípios nucleares do método e que utilizou procedimentos operacionais que tenham demonstrado ser mais eficazes. No capítulo dos Resultados desta dissertação, mais especificamente no sub-capítulo 4.2.1, apresentou-se, como corolário dos resultados da RSL e desta discussão, o conjunto de *guidelines* para operacionalização do painel Delphi, que será implementado na parte final do projeto DELCO, com o objetivo de construir consenso sobre estratégias efetivas de tratamento da obesidade.

6. Conclusões

A obesidade, um dos problemas de saúde mais prevalentes no mundo ocidental (2), aumenta o risco de outras doenças (como hipertensão, diabetes mellitus, doença renal e cancro) e o risco de morte prematura (152), impondo elevados custos individuais, sociais e económicos (55). Esta doença está também associada à redução da qualidade de vida e bem-estar, resultantes de sérias restrições e limitações funcionais, em atividades da vida diária (153). Em 2013, foi destacada, na conferência ministerial da OMS sobre nutrição e doenças não transmissíveis (154), a problemática do aumento da carga de doença causada por hábitos alimentares e estilo de vida pouco saudáveis. Em particular, realçou-se o rápido aumento do sobrepeso e da obesidade, especialmente em crianças, nomeadamente o grande impacto negativo sobre a qualidade de vida e o bem-estar do indivíduo e da sociedade e como sendo um elevado encargo aos sistemas de saúde e para a economia.

Apesar de se terem organizado, nas últimas décadas, um grande número de programas para prevenção e tratamento da obesidade, as taxas de prevalência da obesidade continuam a aumentar em praticamente todos os países industrializados (30,155), como expressão do facto de a efetividade, a médio ou longo prazo, das intervenções visando a redução e controlo do peso corporal se revelar, para a grande maioria dos casos, pouco satisfatória (156).

O Conselho Científico da Plataforma Contra a Obesidade reconheceu que, sendo a obesidade um problema de saúde pública em toda a Europa, as instâncias oficiais têm de travar uma luta em várias frentes contra esta epidemia: nas cidades, na escola, na comunicação social, na indústria agroalimentar e, de forma abrangente, nas estruturas do Serviço Nacional de Saúde (157).

No novo quadro da política Europeia de Saúde 2020, foi determinado que os países presentes deveriam facilitar uma ação decisiva para prevenir e combater o excesso de peso, obesidade e desnutrição. Isso inclui apoiar sistemas alimentares que estimulem uma alimentação saudável, sejam sustentáveis e garantam a equidade (154). O *Healthy People 2020* identificou como um dos seus objetivos prioritários reduzir a percentagem de crianças, adolescentes e adultos obesos (158,159). No entanto, apesar deste objetivo, não são conhecidas diretrizes claras para tratamento da obesidade.

Esta problemática é também salientada no nosso atual Plano Nacional de Saúde (2012-2016) (160), no contexto do qual o Programa Nacional Português de Promoção de Alimentação Saudável (PNPAS) é tido como programa prioritário, tendo por objetivo melhorar o estado nutricional da população, incentivando o acesso a alimentos saudáveis, criando assim as condições para o seu consumo e integração nas rotinas diárias da população Portuguesa (161).

A obesidade é percebida como um desafio, exigindo terapeutas qualificados e tempos de intervenção prolongados. Tais exigências tendem a deixar muitos profissionais de saúde com um sentimento de incapacidade. Este sentimento baseia-se na falta de treino, pouca compreensão da fisiopatologia do controlo do peso e, muitas vezes, um preconceito sobre a obesidade: o de que as pessoas obesas podem resolver o seu problema com o suficiente autocontrolo e força de vontade (1). Baseia-se e também na falta de *guidelines* orientadoras.

Dada a dimensão desta problemática, e no contexto da crise financeira que o país atravessa, que tem como consequência os escassos recursos disponíveis, importa, mais do que nunca, definir estratégias efetivas (e, mais a jusante, eficientes) para o tratamento dos casos de obesidade (não descurando, obviamente, a prevenção primária do problema).

O projeto a que esta dissertação corresponde representa um contributo para o estabelecimento de consensos, com base na evidência disponível e experiência de peritos, acerca de estratégias/ações prioritárias no tratamento da obesidade. Desta forma, é também um contributo para a otimização dos recursos no tratamento da obesidade, nomeadamente através da redução da discrepância entre formas de intervenção e da promoção da complementaridade entre profissionais de diferentes setores da sociedade portuguesa (políticos, públicos e da sociedade civil). Foi possível identificar diversas estratégias que, na perspetiva de peritos, são potencialmente mais efetivas, representando boas práticas, para cuidar do indivíduo com obesidade. Esta lista de estratégias de orientação clínica serão pouco úteis se não passarem pelo crivo de um painel ainda mais abrangente de peritos no tratamento da obesidade, no sentido de criar consenso sobre o que realmente importa priorizar em processos clínicos de tratamento da obesidade. Este deverá ser o próximo passo do projeto DELCO. A forma de construção deste consenso, apresentada no final dos resultados, foi sustentada num

esforço de revisão sistemática de literatura. Procuramos assim subir aos ombros de vários investigadores, para tentar descortinar a forma mais consensual de construir consenso. Os dados estão lançados para que se possa proceder a um esforço coletivo de definição de prioridades no combate clínico da obesidade. Tal consenso não só potencia a identificação de boas práticas como, por incluir responsáveis de organizações diretamente envolvidas nos processos clínicos, potencia a adesão a tais boas práticas e será facilitador de colaboração e articulação entre grupos de intervenção clínica e/ou de investigação, promovendo otimização de recursos a nível nacional.

As estratégias agora identificadas como efetivas para o tratamento da obesidade devem ser periodicamente revistas e reequacionadas com base nas novas evidências que possam surgir. Assim sendo, este trabalho de construção de consensos deverá ser iterativo. Nesse sentido, a revisão sistemática de literatura aqui apresentada poderá também servir de referência para futuros estudos que visem avaliar questões prioritárias e estabelecer consenso através do método Delphi.

8. Referências

1. Branca F, Nikogosian H, Lobstein T, (Eds). The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. 2007.
2. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation. Geneva: WHO Technical report series no. 894; 2000.
3. Marques-Vidal P, Dias CM. Trends in overweight and obesity in Portugal: the National Health Surveys 1995-6 and 1998-9. *Obes Res.* 2005;13:1141-5.
4. Pi-Sunyer FX. The Obesity Epidemic: Pathophysiology and Consequences of Obesity. *Obes Res.* 2002;10(S12):97S-104S.
5. Must A. The disease burden associated with overweight and obesity. *JAMA.* 1999 Oct 27;282(16):1523-9.
6. World Health Organization. European Charter on Counteracting Obesity. WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity. Istanbul: WHO; 2006.
7. Do Carmo I, Dos Santos O, Camolas J, Vieira J, Carreira M, Medina L, et al. Overweight and obesity in Portugal: national prevalence in 2003-2005. *Obes Rev.* 2008 Jan;9(1):11-9.
8. Gallagher D, Larson EL, Wang Y-HC, Richards B, Weng C, Hametz P, et al. Identifying interdisciplinary research priorities to prevent and treat pediatric obesity in New York City. *Clin Transl Sci.* 2010 Aug;3(4):172-7.
9. Beattie E, Mackway-Jones K. A Delphi study to identify performance indicators for emergency medicine. *Emerg Med J.* 2004 Jan 1;21(1):47-50.
10. Rayens MK, Hahn EJ. Building Consensus Using the Policy Delphi Method. *Policy, Polit Nurs Pract.* 2000 Nov 1;1(4):308-15.
11. Bobes-García J, Saiz-Ruiz J, Bernardo-Arroyo M, Caballero-Martínez F, Gilaberte-Asín I, Ciudad-Herrera A. Delphi consensus on the physical health of patients with schizophrenia: evaluation of the recommendations of the Spanish Societies of Psychiatry and Biological Psychiatry by a panel of experts. *Actas españolas Psiquiatr.* 2012;40(3):114-28.
12. McKinnon R a, Orleans CT, Kumanyika SK, Haire-Joshu D, Krebs-Smith SM, Finkelstein E a, et al. Considerations for an obesity policy research agenda. *Am J Prev Med.* 2009 Apr;36(4):351-7.

13. Byrne S, Wake M, Blumberg D, Dibley M. Identifying priority areas for longitudinal research in childhood obesity: Delphi technique survey. *Int J Pediatr Obes.* 2008;3(2):120–2.
14. Boulkedid R, Abdoul H, Loustau M, Sibony O, Alberti C. Using and reporting the Delphi method for selecting healthcare quality indicators: a systematic review. *PLoS One.* 2011;6(6):e20476.
15. Fink A, Kosecoff J, Chassin M, Brook RH. Consensus methods: characteristics and guidelines for use. *Am J Public Heal.* 1984 Sep;74(9):979–83.
16. Normand SL, McNeil BJ, Peterson LE, Palmer RH. Eliciting expert opinion using the Delphi technique: identifying performance indicators for cardiovascular disease. *Int J QualHealth Care.* 1998 Jun;10(3):247–60.
17. Luke DA, Harris JK, Shelton S, Allen P, Carothers BJ, Mueller NB. Systems Analysis of Collaboration in 5 National Tobacco Control Networks. *Am J Public Heal.* 2010 Jul 1;100(7):1290–7.
18. Garrow JS WJ. Quetelet's index (W/H²) as a measure of fatness. *Int J Obes.* 1985;9:147–53.
19. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care.* 1994 Mar;21(1):55–67.
20. Hamill P, Drizd T, Johnson C, Reed R, Roche A, Moore W. Physical growth: National Center for Health Statistics percentiles. *Am J Clin Nutr.* 1979 Mar 1;32(3):607–29.
21. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ.* 2000 May 6;320(7244):1240–3.
22. World Health Organization. Multicentre Growth Reference Study Group. WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development. Geneva: World Health Organization; 2006.
23. World Health Organization. BMI-for-age (5-19 years) [Internet]. World Health Organization; [cited 2014 Apr 7]. Available from: http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/
24. Oliveira GJ de, Barbiero SM, Cesa CC, Pellanda LC. Comparison of NCHS, CDC, and WHO curves in children with cardiovascular risk. *Rev Assoc Med Bras. Associação Médica Brasileira;* 59(4):375–80.
25. Després J, Lemieux I, Prud D. Treatment of obesity: need to focus on high risk abdominally obese patients. *BMJ.* 2001;322:716–20.

26. Hajer GR, Haeflén TW Van, Visseren FLJ. Adipose tissue dysfunction in obesity, diabetes, and vascular diseases. *Eur Heart J*. 2008;29:2959–71.
27. Carmo I do, Santos O, Camolas J, Vieira J. Obesidade em Portugal e no mundo. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2008.
28. Affenito SG, Franko DL, Striegel-Moore RH, Thompson D. Behavioral determinants of obesity: research findings and policy implications. *J Obes*. 2012 Jan;1–4.
29. Carmo I do, Fagundes MJ, Brito MJ de S. Diabesidade: A obesidade na prática clínica. 1ª edição. Bial, editor. Lisboa; 2012.
30. World Health Organization. Obesity and overweight. Fact Sheet No. 311 [Internet]. World Health Organization; [cited 2013 Jul 25]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
31. Finucane MM, Stevens GA, Cowan MJ, Danaei G, Lin JK, Paciorek CJ, et al. National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants. *Lancet*. 2011 Feb 12;377(9765):557–67.
32. International Obesity Task Force. The Global Epidemic [Internet]. IASO/IOTF. 2010 [cited 2013 Jul 25]. Available from: <http://www.iaso.org/iotf/obesity/obesitytheglobalepidemic/>
33. WHO. WHO | Obesity and overweight. World Health Organisation Media Centre Fact Sheet No. 311. 2012.
34. Carmo do I, Santos O, Camolas J, Vieira J, Carreira M, Medina L, et al. Prevalence of obesity in Portugal. *Obes Rev*. 2006 Aug;7(3):233–7.
35. Sardinha LB, Santos D a, Silva AM, Coelho-e-Silva MJ, Raimundo AM, Moreira H, et al. Prevalence of overweight, obesity, and abdominal obesity in a representative sample of Portuguese adults. *PLoS One*. 2012 Jan;7(10):e47883.
36. Padez G, Fernandes T, Mourão I, Moreira P, Rosado V. Prevalence of overweight and obesity in 7-9-year-old Portuguese children:trends in body mass index from 1970-2002. *Am J Hum Biol*. 2004;16:670–8.
37. Sardinha LB, Santos R, Vale S, Silva AM, Ferreira JP, Raimundo AM et al. Prevalence of overweight and obesity among Portuguese youth: a study in a representative sample of 10 to 18-year-old children and adolescents. *IntJ Pediatr Obes*. 2011;6:124–8.
38. Flegal KM, Kit BK, Orpana H, Graubard BI. Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2013 Jan 2;309(1):71–82.

39. Direcção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Combate à Obesidade. Lisboa: Despacho Ministerial de 28 de Janeiro de 2005; 2005.
40. World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: WHO; 2009.
41. Taylor VH, Forhan M, Vigod SN, McIntyre RS, Morrison KM. The impact of obesity on quality of life. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2013 Apr;27(2):139–46.
42. Cortez-Dias N, Martins S FM. Metabolic syndrome: an evolving concept. *Rev Port Cardiol.* 2008;26(12):1409–21.
43. Fiuza M, Cortez-dias N, Martins S, Belo A. Síndrome Metabólica em Portugal: Prevalência e Implicações no Risco Cardiovascular - Resultados do Estudo VALSIM. *Rev Port Cardiol.* 2008;27(12):1495–529.
44. Duarte JS, Perdigão C, Rocha E, Santos A. A diabetes em Portugal – Uma análise do estudo AMALIA. *Rev Factores Risco.* 2009;13(ABR-JUN):24–32.
45. Hossain P, Kavar B, El Nahas M. Obesity and diabetes in the developing world - a growing challenge. *N Engl J Med.* 2007 Jan 18;356(3):213–5.
46. Lavie CJ, Milani R V, Ventura HO. Obesity and cardiovascular disease: risk factor, paradox, and impact of weight loss. *J Am Coll Cardiol.* 2009 May 26;53(21):1925–32.
47. Colditz GA. Weight Gain as a Risk Factor for Clinical Diabetes Mellitus in Women. *Ann Intern Med.* American College of Physicians; 1995 Apr 1;122(7):481.
48. Field AE, Coakley EH, Must A, Spadano JL, Laird N, Dietz WH, et al. Impact of Overweight on the Risk of Developing Common Chronic Diseases During a 10-Year Period. *Arch Intern Med.* American Medical Association; 2001 Jul 9;161(13):1581.
49. Solomon CG. Reducing cardiovascular risk in type 2 diabetes. *N Engl J Med.* 2003;348(5):457–9.
50. Wearing SC, Hennig EM, Byrne NM, Steele JR, Hills AP. Musculoskeletal disorders associated with obesity : a biomechanical perspective. *Obes Rev.* 2006;7:239–50.
51. Norman JE. The adverse effects of obesity on reproduction. *Reproduction.* 2010;140:343–5.
52. Zammit C, Liddicoat H, Moonsie I, Makker H. Obesity and respiratory diseases. *Int J Gen Med.* Dove Press; 2010 Jan;3:335–43.

53. Baumeister H, Harter M. Mental disorders in patients with obesity in comparison with healthy probands. *Int J Obes*. 2007;31:1155–64.
54. Wolin KY, Carson K, Colditz GA. Obesity and Cancer. *Oncologist*. 2010 May 27;15(6):556–65.
55. Pereira J MC. Custos indirectos associados à obesidade em Portugal. *Rev Port Saúde Pública*. 2003;3:65–80.
56. David T Levy, Ellis JA, Maysa D, Huang A & A-T. Tobacco control policies stop people smoking and save lives. *Bull World Heal Organ*. World Health Organization; 2013;91:509–18.
57. He FJ, Campbell NRC, MacGregor G a. Reducing salt intake to prevent hypertension and cardiovascular disease. *Rev Panam Salud Publica*. 2012 Oct;32(4):293–300.
58. Monasta L, Batty GD, Macaluso A, Ronfani L, Lutje V, Bavcar A, et al. Interventions for the prevention of overweight and obesity in preschool children: a systematic review of randomized controlled trials. *Obes Rev*. 2011 May;12(5):e107–18.
59. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: WHO; 2010 p. 58.
60. World Health Organization. Nutrition , physical activity and the prevention of obesity. Policy developments in the WHO European Region. Copenhagen: WHO; 2007 p. 65.
61. World Health Organization. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Geneva: WHO; 2004.
62. Swinburn BA, Sacks G, Hall KD, McPherson K, Finegood DT, Moodie ML, et al. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. *Lancet*. 2011 Aug 27;378(9793):804–14.
63. Tivoli H, Vilamoura M. 16-11-2009 1º Fórum ONOCOP Obesidade infantil em Portugal – que prioridades de intervenção? 2009;1–14.
64. Baptista F, Silva A, Santos D, Mota J, Santos R. Livro Verde da Atividade Física. Lisboa: Observatório Nacional da Atividade Física, Instituto do Desporto de Portugal, IP; 2011.
65. Donini LM, Donini ML, Savina C, Castellaneta E, Coletti C, Paolini M, et al. Multidisciplinary approach to obesity. *Eat Weight Disord*. 2009 Mar;14(1):23–32.
66. Brazão N, Santos O. Transgeracionalidade na obesidade infantil. *Endocrinol Diabetes Obesidade*. 2010;4(2):87–94.

67. Vasques F, Martins F, Azevedo A. Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade. *Rev Psiquiatr clínica*. 2004;31(11):195–8.
68. Santos O. Entrevista motivacional na prevenção e tratamento da obesidade. *Endocrinol Diabetes Obesidade*. 2009;3(3):109–15.
69. Burke BL, Arkowitz H MM. The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *J Consult Clin Psychol*. 2003;71(5):843–61.
70. Teixeira PJ, Silva MN, Mata J, Palmeira AL, Markland D. Motivation, self-determination, and long-term weight control. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2012 Jan;9(1):22.
71. Luz Q, Oliveira S, Quinto F. Terapia cognitivo-comportamental da obesidade : uma revisão da literatura. *Red Rev Científicas América Lat Caribe, Espana y Port Aleth* no 40. 2013;159–73.
72. Sato Y, Nagasaki M, Kubota M, Uno T, Nakai N. Clinical aspects of physical exercise for diabetes / metabolic syndrome. *Diabetes Res Clin Pract*. 2007;S87–S91.
73. Of USD, Services H and H. 2008 Physical Activity Guidelines for Americans. 2008.
74. Jensen MD, Ryan DH, Apovian CM, Ard JD, Comuzzie AG, Donato KA, et al. 2013 AHA/ACC/TOS Guideline for the Management of Overweight and Obesity in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. *Circulation*. 2013 Nov 12;
75. Powell TM, Khera A. Therapeutic approaches to obesity. *Curr Treat Options Cardiovasc Med*. 2010 Aug;12(4):381–95.
76. Graves BW. The obesity epidemic: scope of the problem and management strategies. *J Midwifery Womens Health*. 2010;55(6):568–78.
77. Caramona M, Esteves AP, Gonçalves J, Macedo T, Mendonça J, Osswald W, et al. *Prontuário Terapêutico - 10*. Lisboa: INFARMED; 2011.
78. Direcção-Geral da Saúde. Circular Normativa N^o: 21/DSCS/DPCD de 2 de Novembro de 2007. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde: Critérios de qualidade e funcionamento de unidades hospitalares de cirurgia bariátrica; 2007.
79. Direcção Geral de Saúde. Circular Normativa N^o: 22/DSCS/DPCD de 7 de Novembro de 2007. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde: Critérios de qualidade e funcionamento de unidades hospitalares de cirurgia bariátrica – NOTA EXPLICATIVA; 2007.

80. Fried M, Yumuk V, Oppert J-M, Scopinaro N, Torres AJ, Weiner R, et al. Interdisciplinary European Guidelines on metabolic and bariatric surgery. *Obes Facts*. 2013 Jan;6(5):449–68.
81. Carmo I do, Camolas J, Fagundes MJ. Cirurgia bariátrica. *Rev Port Cir*. 2008;Mar(4):43–50.
82. Sjöström L. Review of the key results from the Swedish Obese Subjects (SOS) trial - a prospective controlled intervention study of bariatric surgery. *J Intern Med*. 2013 Mar;273(3):219–34.
83. Mesas AE, Muñoz-Pareja M, López-García E, Rodríguez-Artalejo F. Selected eating behaviours and excess body weight: a systematic review. *Obes Rev*. 2012 Feb;13(2):106–35.
84. Hu F. *Obesity Epidemiology*. New York: Oxford University Press, Inc; 2008.
85. Carvalho MA, do Carmo I, Breda J, Rito AI. Análise comparativa de métodos de abordagem da obesidade infantil. *Rev Port Saúde Pública*. 2011;29(2):148–56.
86. Abete I, Parra MD, Zulet MA, Martínez JA. Different dietary strategies for weight loss in obesity: role of energy and macronutrient content. *Nutr Res Rev*. 2006 Jun;19(1):5–17.
87. Comparison of Weight-Loss Diets with Different Compositions of Fat, Protein, and Carbohydrates — NEJM. *N Engl J Med*. 2009;360(9):859–73.
88. Jéquier E, Bray GA. Low-fat diets are preferred. *Am J Med*. 2002 Dec 30;113 Suppl 4:1S–46S.
89. Willett WC, Leibel RL. Dietary fat is not a major determinant of body fat. *Am J Med*. 2002 Dec 30;113 Suppl:47S–59S.
90. Freedman MR, King J, Kennedy E. Popular diets: a scientific review. *Obes Res*. 2001 Mar;9 Suppl 1:1S–40S.
91. Melanson EL, Astrup A, Donahoo WT. The relationship between dietary fat and fatty acid intake and body weight, diabetes, and the metabolic syndrome. *Ann Nutr Metab*. 2009 Jan;55(1-3):229–43.
92. Peter G. Kopelman, Ian D. Caterson WHD. *Clinical Obesity in Adults and Children*. 3rd ed. Wiley-Blackwell; 2009.
93. Finer N. Low-calorie diets and sustained weight loss. *Obes Res*. 2001 Nov;9 Suppl 4:290S–294S.
94. Pirozzo S, Summerbell C, Cameron C, Glasziou P. Advice on low-fat diets for obesity. *Cochrane database Syst Rev*. 2002 Jan;(2):CD003640.

95. Astrup A. Treatment of Obesity. In: R A DeFronzo, E Ferrannini HK and PZ, editor. *International Textbook of Diabetes Mellitus*. 3rd ed. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.; 2004. p. 673–90.
96. Mustajoki P, Pekkarinen T. Very low energy diets in the treatment of obesity. *Obes Rev*. 2001 Feb;2(1):61–72.
97. Tsigos C, Hainer V, Basdevant A, Finer N, Fried M, Mathus-Vliegen E, et al. Management of obesity in adults: European clinical practice guidelines. *Obes Facts*. 2008 Jan;1(2):106–16.
98. Elfhag K, Rössner S. Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obes Rev*. 2005 Feb;6(1):67–85.
99. Lantz H, Peltonen M, Agren L, Torgerson JS. A dietary and behavioural programme for the treatment of obesity. A 4-year clinical trial and a long-term posttreatment follow-up. *J Intern Med*. 2003 Sep;254(3):272–9.
100. Bonnie J. Brehm, Randy J. Seeley, Stephen R. Daniels DAD. A Randomized Trial Comparing a Very Low Carbohydrate Diet and a Calorie-Restricted Low Fat Diet on Body Weight and Cardiovascular Risk Factors in Healthy Women. *J Clin Endocrinol Metab*. 2003;88(4):1617–23.
101. Paddon-Jones D, Westman E, Mattes RD, Wolfe RR, Astrup A, Westerterp-Plantenga M. Protein, weight management, and satiety. *Am J Clin Nutr*. 2008 May;87(5):1558S–1561S.
102. WHO/FAO/UNU Expert Consultation. Protein and amino acid requirements in human nutrition. Geneva: World Health Organization: WHO Technical Report Series no. 935; 2007.
103. Noakes M, Keogh JB, Foster PR, Clifton PM. Effect of an energy-restricted, high-protein, low-fat diet relative to a conventional high-carbohydrate, low-fat diet on weight loss, body composition, nutritional status, and markers of cardiovascular health in obese women. *Am J Clin Nutr*. 2005 Jun;81(6):1298–306.
104. Rolland-Cachera MF, Thibault H, Souberbielle JC, Soulié D, Carbonel P, Deheeger M, et al. Massive obesity in adolescents: dietary interventions and behaviours associated with weight regain at 2 y follow-up. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2004 Apr;28(4):514–9.
105. Raynor HA, Polley BA, Wing RR, Jeffery RW. Is dietary fat intake related to liking or household availability of high- and low-fat foods? *Obes Res*. 2004 May;12(5):816–23.

106. Sondike SB, Copperman N, Jacobson MS. Effects of a low-carbohydrate diet on weight loss and cardiovascular risk factor in overweight adolescents. *J Pediatr*. 2003 Mar;142(3):253–8.
107. Spear BA, Barlow SE, Ervin C, Ludwig DS, Saelens BE. Recommendations for Treatment of Child and Adolescent Overweight and Obesity. *Pediatrics*. 2007;120(4):S255–S288.
108. Thomas D, Ej E, Baur L. Low glycaemic index or low glycaemic load diets for overweight and obesity (Review). *Cochrane Collab Publ by JohnWiley Sons, Ltd* 1. 2009;(1).
109. Leidy HJ, Campbell WW. The effect of eating frequency on appetite control and food intake: brief synopsis of controlled feeding studies. *J Nutr*. 2011 Jan;141(1):154–7.
110. Ekmekcioglu C, Touitou Y. Chronobiological aspects of food intake and metabolism and their relevance on energy balance and weight regulation. *Obes Rev*. 2011 Jan;12(1):14–25.
111. Giovannini M, Agostoni C, Shamir R. Symposium overview: Do we all eat breakfast and is it important? *Crit Rev Food Sci Nutr*. 2010 Feb;50(2):97–9.
112. Jeffery RW, Rydell S, Dunn CL, Harnack LJ, Levine AS, Pentel PR, et al. Effects of portion size on chronic energy intake. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2007 Jan;4:27.
113. Galhardo J, Hunt LP, Lightman SL, Sabin MA, Bergh C, Sodersten P, et al. Normalizing eating behavior reduces body weight and improves gastrointestinal hormonal secretion in obese adolescents. *J Clin Endocrinol Metab*. 2012 Feb;97(2):E193–201.
114. Maillot M, Darmon N, Darmon M, Lafay L, Drewnowski A. Nutrient-dense food groups have high energy costs: an econometric approach to nutrient profiling. *J Nutr*. 2007 Jul;137(7):1815–20.
115. Drewnowski A, Darmon N, Briend A. Replacing fats and sweets with vegetables and fruits--a question of cost. *Am J Public Health*. 2004 Sep;94(9):1555–9.
116. Jones J, Hunter D. Consensus methods for medical and health services research. *BMJ*. 1995;311(August):376–80.
117. Harris RP, Helfand M, Woolf SH, Lohr KN, Mulrow CD, Teutsch SM, et al. Current methods of the US Preventive Services Task Force: a review of the process. *Am J Prev Med*. 2001 Apr;20(3 Suppl):21–35.
118. Fonden Teknologirådet - The consensus conference [Internet]. Danish Board of Technology. 2006 [cited 2014 Jul 2]. Available from: <http://www.tekno.dk/subpage.php3?article=468&toppic=kategori12&language=uk>

119. Theodore JG. The Delphi Method. American Council for the United Nations University; 1994.
120. Jairath N, Weinstein J. The Delphi methodology (Part one): A useful administrative approach. *Can J Nurs Adm.* 1994 Sep;7(3):29–42.
121. Charmaz K. Constructing Grounded Theory. A Practical Guide Through Qualitative Analysis. London: Sage Publications; 2007.
122. Flick U. Métodos Qualitativos na Investigação Científica. Monitor, editor. Lisboa; 2005.
123. Keeney S, Hasson F, McKenna HP. A critical review of the Delphi technique as a research methodology for nursing. *Int J Nurs Stud.* 2001 Apr;38(2):195–200.
124. Grace C. A review of one-to-one dietetic obesity management in adults. *J Hum Nutr Diet.* 2011 Feb;24(1):13–22.
125. Witham MD, Avenell A. Interventions to achieve long-term weight loss in obese older people: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing.* 2010 Mar 1;39(2):176–84.
126. Schwiebbe L, Talma H, van Mil EG, Fetter WPF, Hirasings RA, Renders CM. Diagnostic procedures and treatment of childhood obesity by pediatricians: “The Dutch approach”. *Health Policy.* 2013 Jul;111(2):110–5.
127. Khan LK, Sobush K, Keener D, Goodman K, Lowry A, Kakietek J, et al. Recommended community strategies and measurements to prevent obesity in the United States. *MMWR Recomm Rep.* 2009 Jul 24;58(RR-7):1–26.
128. Connolly C. Interventions Related to Obesity: A State of the Evidence Review. Ottawa: Heart and Stroke Foundation of Canada; 2005 p. 28.
129. Golan M, Weizman A, Apter A, Fainaru M. Parents as the exclusive agents of change in the treatment of childhood obesity. *Am J Clin Nutr.* 1998 Jun;67(6):1130–5.
130. Neumark-Sztainer D, Story M, Hannan PJ, Perry CL, Irving LM. Weight-related concerns and behaviors among overweight and nonoverweight adolescents: implications for preventing weight-related disorders. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2002 Mar;156(2):171–8.
131. Clifton PM. Dietary treatment for obesity. *Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol.* 2008 Dec;5(12):672–81.
132. Smith LP, Ng SW, Popkin BM. Trends in US home food preparation and consumption: analysis of national nutrition surveys and time use studies from 1965-1966 to 2007-2008. *Nutr J.* 2013 Jan;12:45.

133. Government of Canada. Improving Cooking and Food Preparation Skills: A Synthesis of the Evidence to Inform Program and Policy Development. Canada; 2010 p. 36.
134. Corbalán MD, Morales EM, Canteras M, Espallardo A, Hernández T, Garaulet M. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy based on the Mediterranean diet for the treatment of obesity. *Nutrition*. 2009 Jan;25(7-8):861–9.
135. Schröder H. Protective mechanisms of the Mediterranean diet in obesity and type 2 diabetes. *J Nutr Biochem*. 2007 Mar;18(3):149–60.
136. Gortmaker SL, Swinburn BA, Levy D, Carter R, Mabry PL, Finegood DT, et al. Changing the future of obesity: science, policy, and action. *Lancet*. 2011 Aug 27;378(9793):838–47.
137. Diamond IR, Grant RC, Feldman BM, Pencharz PB, Ling SC, Moore AM, et al. Defining consensus: A systematic review recommends methodologic criteria for reporting of Delphi studies. *J Clin Epidemiol*. 2014 Apr;67(4):401–9.
138. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JPA, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. *BMJ*. 2009 Jan 21;339(jul21_1):b2700.
139. Yousuf MI. Using Experts ' Opinions Through Delphi Technique. 2007;12(4).
140. Paré G, Cameron A-F, Poba-Nzaou P, Templier M. A systematic assessment of rigor in information systems ranking-type Delphi studies. *Inf Manag*. 2013 Jul;50(5):207–17.
141. Von der Gracht HA. Consensus measurement in Delphi studies. *Technol Forecast Soc Change*. 2012 Oct;79(8):1525–36.
142. Boukdedid R, Abdoul H, Loustau M, Sibony O, Alberti C. Using and reporting the Delphi method for selecting healthcare quality indicators: a systematic review. *PLoS One*. 2011;6(6):e20476.
143. Powell C. The Delphi technique: myths and realities. *J AdvNurs*. 2003 Feb;41(4):376–82.
144. Holloway K. Doing the E-Delphi: using online survey tools. *Comput Inform Nurs*. 2012 Jul;30(7):347–50.
145. Hsu, Chia-Chien BAS. The Delphi Technique: Making Sense Of Consensus. *Pract Assessment, Res Eval*. 2007;12(10).
146. Mittnacht AM, Bulik CM. Best nutrition counseling practices for the treatment of anorexia nervosa: A Delphi study. *Int J Eat Disord*. 2014 Jun 27;

147. Van Asselt DZB va. B van der S. Assessment and treatment of malnutrition in Dutch geriatric practice: consensus through a modified Delphi study. *Age Ageing* May2012. 41(3).
148. Gillis L, Tomkinson G, Olds T, Moreira C, Christie C, Nigg C, et al. Research priorities for child and adolescent physical activity and sedentary behaviours: an international perspective using a twin-panel Delphi procedure. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2013 Jan;10:112.
149. Byrne S, Wake M, Blumberg D, Dibley M. Identifying priority areas for longitudinal research in childhood obesity: Delphi technique survey. *Int J Pediatr Obes.* 2008 Jan;3(2):120–2.
150. Sinclair A, Morley JE, Rodriguez-Mañas L, Paolisso G, Bayer T, Zeyfang A, et al. Diabetes mellitus in older people: position statement on behalf of the International Association of Gerontology and Geriatrics (IAGG), the European Diabetes Working Party for Older People (EDWPOP), and the International Task Force of Experts in Diabetes. *J Am Med Dir Assoc.* Elsevier; 2012 Jul;13(6):497–502.
151. Boulkedid R, Abdoul H, Loustau M, Sibony O, Alberti C. Using and Reporting the Delphi Method for Selecting Healthcare Quality Indicators: A Systematic Review. *PLoS One.* Public Library of Science; 2011 Jun 9;6(6):e20476.
152. Kopelman PG. Obesity as a medical problem. *Nature.* 2000 Apr 6;404(6778):635–43.
153. Visscher TLS, Rissanen A, Seidell JC, Heliövaara M, Knekt P, Reunanen A, et al. Obesity and unhealthy life-years in adult Finns: an empirical approach. *Arch Intern Med.* 2004 Jul 12;164(13):1413–20.
154. World Health Organization. Vienna declaration on nutrition and noncommunicable diseases in the context of Health 2020. Copenhagen: WHO; 2013.
155. World Health Organization. Strategy documents [Internet]. [cited 2014 May 10]. Available from:
<http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/en/index1.html>
156. Mauro M, Taylor V, Wharton S, Sharma AM. Barriers to obesity treatment. *Eur J Intern Med.* 2008 May;19(3):173–80.
157. Conselho Cientifico da Plataforma Contra a Obesidade. Portal da Saúde - Boas práticas de perda de peso [Internet]. [cited 2014 Jul 10]. Available from:
<http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2011/7/perda+peso.htm>
158. Office of Disease Prevention and Health Promotion. NWS-10.4 Data Details - Healthy People [Internet]. [cited 2014 May 11]. Available from:

<http://www.healthypeople.gov/2020/topicsobjectives2020/DataDetails.aspx?hp2020id=NWS-10.4>

159. Office of Disease Prevention and Health Promotion. NWS-9 Data Details - Healthy People [Internet]. [cited 2014 May 11]. Available from: <http://www.healthypeople.gov/2020/topicsobjectives2020/DataDetails.aspx?hp2020id=NWS-9>

160. Direcção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2012 - 2016 [Internet]. [cited 2014 May 11]. Available from: <http://pns.dgs.pt/>

161. Portal da Saúde. Nutrição e doenças não transmissíveis [Internet]. Lisboa: Ministério da Saúde; [cited 2014 Mar 30]. Available from: <http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/discursos+e+intervencoes/noncommunicable+diseases.htm>